

**TOTEUTUUKO MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ KOTIHOIDON  
ASIAKKAIDEN LÄÄKEHOIDOSSA?**

---

Taru Pietiläinen

Projektityö

Apteekkifarmasian

erikoistumisopinnot, PD

Helsingin yliopisto

Koulutus- ja kehittämiskeskus,

Palmenia

toukokuu 2011

*Karille ja Pikulle*

Taru Pietiläinen: Toteutuuko moniammatillinen yhteistyö kotihoidon asiakkaiden lääkehoidossa?

Apteekkifarmasian erikoistumisopinnot proviisoreille, PD

Projektityö, 28s., 4 liitettä

Projektityön ohjaaja: FaT, apteekkari Taina Sirkiä-Vuorio

Toukokuu 2011

---

## TIIVISTELMÄ

Helsingissä elää kotihoidon turvin entistä ikääntyneempiä ja huonokuntoisempia vanhuksia. Vuosittain kotihoitoa saa yli 17 000 helsinkiläistä. Viiden viimeisen vuoden aikana kotihoidon tekemien asiakaskäyntien lukumäärä on lisääntynyt 30 prosentilla. Valitettavinta kotihoidon asiakasmäärien, ja varsinkin asiakaskäyntien määrän kasvussa pääkaupunkiseudulla on ollut se, ettei uusia hoitajavakansseja ole saatu asiakasmääriä vastaavassa tahdissa.

Kotihoidossa olevien asiakkaiden lääkkeiden annosjakelu siirtyi apteekkien hoidettavaksi Helsingin kaupungin terveyslautakunnan päätöksellä vuonna 2007. Kotihoidon asiakkaat ovat kokeneet annosjakelun hyväksi palveluksi. Annosjakelu on tuonut varmuutta lääketurvallisuuteen. Kotihoitotiimeissä arvostetaan annosjakelun myötä vapautunutta työaikaa. Annosjakelun käynnistymisvaiheessa kotihoitotiimeissä kritisoitiin osaamattomuutta, ohjeiden puuttumista ja huonoa informointia. Tiimit kaipasivat lisää yhteistyötä lääkärin, asiakkaan, asiakkaan omaisten ja apteekin kanssa.

Helsingin kaupunki toteutti Polyfarmasia-hankkeen vuosina 2006-2007. Hankkeen tarkoituksena oli alkuvaiheessa selvittää Helsingin kotihoidossa olevien iäkkäiden polyfarmasian eli monilääkityksen yleisyys. Lisäksi hankkeella pyrittiin selvittämään polyfarmasiaan liittyvien ongelmien esiintyvyys. Polyfarmasia-hankkeen avulla kerätyt tulokset hyödynnettiin lääkehoidon toimintamallin kehittämisessä. Toimintamalli käsittää tiivistettynä neljä onnistuneen lääkehoidon toteuttamisen tasoa: yhteistyö, osaaminen, ajantasainen tiedonkulku, sitoutuminen. Toimintamalli haitallisen polyfarmasian ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi otettiin käyttöön Helsingin kotihoidossa vuoden 2008 aikana. Moniammatilliseen seurantaan ja arviointiin perustuva malli kytkettiin osaksi kotihoidon turvallista lääkehoitoa ja lääkehoitosuunnitelmaa vuonna 2009.

Projektityöllä selvitettiin, näkyykö Polyfarmasia-hankkeen avulla kehitetty toimintamalli kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutuksessa; onko moniammatillisesta yhteistyöstä tullut vakiintunut käytäntö, jossa apteekki on lääkealan ammattiosaajana mukana; esiintyykö asiakkaiden lääkityksessä vakavia interaktioita; minkälaisia kokemuksia lääkejakelussa mukana olevilla kotihoitotiimeillä on lääkehoitotoiminnan sujuvuudesta.

Projektityön tulosten perusteella lääkehoidon toteuttajaosapuolten vastauksista tuli selkeästi esiin asiantuntijuuden arvostaminen ja yhteistyön tärkeyden merkityksen myöntäminen. Edellytykset moniammatillisen yhteistyön onnistuneelle toteutukselle kotihoidon lääkehoidon osalta ovat olemassa. Säännöllisiä tapaamisia lääkärin ja kotihoidon, lääkärin ja apteekkilaisten välillä ei kuitenkaan ollut. Moniammatillinen yhteistyö jää tältä osin toteutumatta.

Avainsanat: *moniammatillinen yhteistyö, lääkkeiden annosjakelu, kotihoito, kotihoitotiimi*

## **ESIPUHE**

Tämä projektityö on osa apteekkifarmasian erikoistumisopintojani Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmeniassa vuosina 2009-2011.

Kiitän tutkimukseeni osallistuneita kiireisiä kotihoitotiimiläisiä ja kotihoidon lääkäreitä, sekä annosjakelun parissa työskenteleviä apteekkilaisia. Mielipiteenne olivat arvokkaita työni toteutuksen kannalta!

Kiitos työnantajalleni Helsingin 41.apteekin apteekkarille Erkki Morénille, joka jaksoi innostaa ja kannustaa PD-opintojen suorittamiseen ja loppuunsaattamiseen.

Kiitokset ohjaajalleni FaT, apteekkari Taina Sirkiä-Vuoriolle, sekä Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenian proviisori Sanna Passille positiivisesta ja kannustavasta palautteesta projektityöni edetessä.

Lämmin kiitos omalle perheelleni, Karille ja Rikulle, jotka jaksotte pyyteettömästi tukea opiskeluitani kahden ja puolen vuoden ajan.

Helsingissä, 8.5.2011

Taru Pietiläinen

# SISÄLLYSLUETTELO

## TIIVISTELMÄ

## ESIPUHE

<b>1.</b>	<b>JOHDANTO</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>VÄESTÖN IKÄÄNTYMINEN</b>	<b>2</b>
	2.1. Ikääntymisen ennusteet ja taloudelliset vaikutukset	2
	2.2. Apteekit ikääntyvän väestön lääkehoidon tukena	3
<b>3.</b>	<b>KOTIHOITO</b>	<b>5</b>
	3.1. Kotihoito rakennemuutoksessa	5
	3.2. Kotihoito pääkaupunkiseudulla	6
<b>4.</b>	<b>LÄÄKKEIDEN ANNOSJAKELU KOTIHOIDOSSA</b>	<b>7</b>
	4.1. Annosjakeluun siirtyminen pääkaupunkiseudulla	7
	4.2. Kotihoidon henkilöstön arviot apteekkien annosjakelusta	8
	4.2.1. Aikaisemmat tutkimukset ja saadut kokemukset	8
	4.3. Kotihoidon asiakkaiden arviot apteekkien annosjakelusta	9
	4.3.1. Aikaisemmat tutkimukset ja saadut kokemukset	9
<b>5.</b>	<b>MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ</b>	<b>10</b>
	5.1. Moniammatillinen tiimi työnteon perusyksikkönä	10
	5.2. Moniammatillinen tiimi lääkehoidon toteuttajana	10
<b>6.</b>	<b>POLYFARMASIA HANKE</b>	<b>11</b>
<b>7.</b>	<b>PROJEKTITYÖN TAVOITTEET</b>	<b>13</b>
<b>8.</b>	<b>AINEISTO JA MENETELMÄT</b>	<b>14</b>

<b>9.</b>	<b>TULOKSET</b>	16
9.1.	Asiakkaiden ikä- ja sukupuolijakauma	16
9.2.	Lääkkeiden käyttö ja monilääkityksen yleisyys	16
9.3.	D-luokan interaktiot	18
9.4.	Kyselytutkimukset kotihoidolle	19
9.4.1.	Kyselytutkimus kotihoidon lääkärille	19
9.4.2.	Kyselytutkimus terveysaseman lääkärille	20
9.4.3.	Kyselytutkimus kotihoitotiimeille	20
9.5.	Kyselytutkimus apteekkilaisille	21
<b>10.</b>	<b>POHDINTA</b>	21
	<b>KIRJALLISUUS</b>	25
	<b>LIITTEET</b>	29
	Liite 1. Kyselytutkimus apteekkilaisille	
	Liite 2. Kyselytutkimus kotihoidon lääkärille	
	Liite 3. Kyselytutkimus terveysaseman lääkärille	
	Liite 4. Kyselytutkimus kotihoitotiimeille	

## 1. JOHDANTO

Itä-Suomen yliopistossa tehdyn väitöskirjatutkimuksen mukaan 75 vuotta täyttäneet ikääntyneet käyttävät keskimäärin seitsemää eri lääkettä ja joka neljännellä on käytössä vähintään 10 lääkettä (Jyrkkä 2011). Jyrkän väitöskirjan mukaan ikääntyneiden käyttämät lääkemäärät ovat kasvaneet voimakkaasti 1980-luvulta lähtien. Erityisesti hengityselinsairaudet, sydänsairaudet, diabetes, masennus ja kipu lisäävät monilääkityksen riskiä, sillä yhtä todettua sairautta kohden käytetään keskimäärin kolmea lääkettä. Lisäksi ikääntyminen lisää monilääkityksen esiintyvyyttä (Jyrkkä 2011). Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksesta ikääntyneen lääkitys tulisi arvioida säännöllisesti vähintään kerran vuodessa, ja aina kun yleistilassa tai lääkehoidossa tapahtuu oleellisia muutoksia (STM 2007). Moniammatillinen yhteistyö, johon osallistuvat kaikki potilaan lääkehoitoon osallistuvat tahot, takaa parhaan lopputuloksen ikääntyneen kokonaistilan ja lääkehoidon arvioinneissa. Myös kehittämällä reseptien uusimiskäytäntöjä voidaan monilääkityksen esiintyvyyttä pienentää (Lahnajärvi 2006).

Helsingissä elää entistä ikääntyneempiä ja huonokuntoisempia vanhuksia (Kerosuo ym.2009, Nyman 2009). Kotihoito elää jatkuvassa sopeutumisvaiheessa asiakasmäärien kasvaessa voimakkaammin hoitajavakanssien määriin verrattuna. Viiden viimeisen vuoden aikana on kotihoidon tekemien asiakaskäyntien määrä lisääntynyt 30 prosentilla, hoitajavakanssien määrä 12 prosentilla (henkilökohtainen tiedonanto, Niemelä 24.2.2011). Palvelutarpeen kasvaessa ikäihmistä ei tulevaisuudessa siirretä palveluyksiköstä toiseen, vaan palvelut viedään ikäihmisten kotiin. Kotihoitopalveluilla on tarkoitus korvata pitkäaikaislaitospaikkojen vähennykset (Rintala ym. 2010). Kotihoidon asiakkaan palvelukokonaisuus muodostuu perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalipalveluiden ja yksityisen sektorin välille (Isoherranen ym. 2008).

Kotihoidossa olevien asiakkaiden lääkkeiden annosjakelu siirtyi apteekkien hoidettavaksi vuonna 2007 (Niemelä&Simoila 2007). Kotihoidon asiakkaat ovat apteekkien annosjakeluun pääsääntöisesti tyytyväisiä. Vaikka annosjakelu on asiakkaiden mielestä kallis palvelumuoto, kokevat asiakkaat lääkitysturvallisuutensa parantuneen sekä lääkehävikin pienentyneen annosjakeluun siirtymisen myötä (Viikilä 2009). Kotihoitotiimeissä arvostettiin lääkkeiden annosjakelusta vapautunutta työaika. Annosjakelun käynnistymisvaihe koettiin työläänä, aikaa vievänä, selvittelyjä vaativana prosessina. Tiimit kaipasivat lisää yhteistyötä lääkärin, asiakkaan omaisten ja apteekin kanssa (Nyman2009).

Vuosina 2006-2007 toteutetun Polyfarmasia-hankkeen avulla selvitettiin Helsingin kotihoidossa olevien ikääntyneiden (yli 75-vuotiaiden) polyfarmasian eli monilääkityksen yleisyys sekä polyfarmasiaan liittyvien ongelmien esiintyvyys (Jokinen ym.2007). Lisäksi monilääkityksen ehkäisyyn ja vähentämiseen kehitettiin hankkeen avulla moniammatillisena yhteistyönä toimintamalli, joka otettiin käyttöön Helsingin kotihoidossa vuoden 2008 aikana. Malli kytkettiin osaksi kotihoidon turvallista lääkehoitoa ja lääkehoitosuunnitelmaa vuonna 2009 (Lahti ym.2009).

Projektityöllä selvitettiin näkykö Polyfarmasia-hankkeen avulla kehitetty toimintamalli kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutuksessa yhteistyön, osaamisen, tiedonkulun ja sitoutumisen osalta.

## **2. VÄESTÖN IKÄÄNTYMINEN**

### **2.1. Ikääntymisen ennusteet ja taloudelliset vaikutukset**

Ikääntyneiden määrän voimakas lisääntyminen aiheuttaa paineita sosiaali- ja terveysjärjestelmien rahoituksen kestävyYTEEN sekä siihen, miten julkinen valta kykenee toteuttamaan palvelulupauksensa kansalaisilleen (Rintala ym. 2010). Suomessa 75 vuotta täyttäneiden määrän on ennustettu lähes kaksinkertaistuvan vuosina 2009-2030. Vuonna 2030 heitä arvioidaan olevan lähes 850 000, noin 14,5 prosenttia väestöstä (Rintala ym. 2010). Samanaikaisesti kun työikäisten määrän odotetaan vähenevän jopa 20 000 hengellä vuodessa, lisääntyy eläkeikäisten (65-79 -vuotiaiden) lukumäärä vielä nopeammin seuraavina vuosikymmeninä (Luoma ym. 2003). Ikääntymiseen liittyvä erityisosaamisen sekä palveluiden tarve lisääntyy voimakkaasti. Palveluiden tuottamisessa tulisi kehittää verkostoituneita, moniammatillisia toimintatapoja ja työmuotoja. Lähitulevaisuudessa on keskityttävä entistä tehokkaammin ikääntyneiden omien voimavarojen hyödyntämiseen ja kuntouttamiseen. Ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämiseen kannattaa panostaa, sillä emme selviä vanhenemiseen liittyvistä yhteiskunnallisista haasteista ainoastaan passiivisia hoivapalveluita lisäämällä (Hartikainen & Lönnroos, 2008). Palvelujen kehittäminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmissä.

Koska ikääntyneet ovat sosiaalipalveluiden suurkuluttajia, nousevat sosiaalimenot lähes 30 prosenttiin bruttokansantuotteesta vuoteen 2030 mennessä (Luoma ym. 2003). Niin sanotut ikäsidonnaiset menot kasvavat lähes viidellä prosentilla suhteessa bruttokansantuotteeseen.

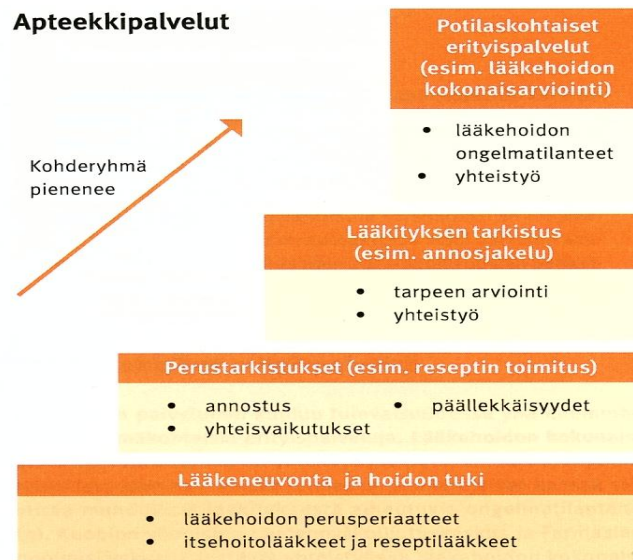


Eläkemenot kasvavat 2,8 prosentilla, terveyden- ja pitkäaikaishoitojen menot 1,9 prosentilla (Rintala ym. 2010). Suurin kasvu sosiaalimenoissa aiheutuu työeläkemenojen lisäyksestä, samalla kasvavat sosiaali- ja terveystalouden tarpeet.

Vuosien 2010-2025 välisenä aikana työikäisen väestön (15-64-vuotiaat) on ennustettu vähenevän 265 000 hengellä (Työministeriö 2007). Kun työmarkkinoilta poistuu paljon työntekijöitä ja samanaikaisesti työmarkkinoille tulevat ikäluokat ovat entistä pienempiä, jää taloudellinen kasvu nykyistä heikommaksi. Nuorten kouluttautuminen ja ammattiin valmistuminen kestävät entistä pidempään, mikä osaltaan vaikuttaa talouskasvuun hidastavasti. Suomessa jäädytään eläkkeelle aikaisemmin kuin muissa OECD-maissa (Luoma ym. 2003).

## 2.2. Apteekit ikääntyvän väestön lääkehoidon tukena

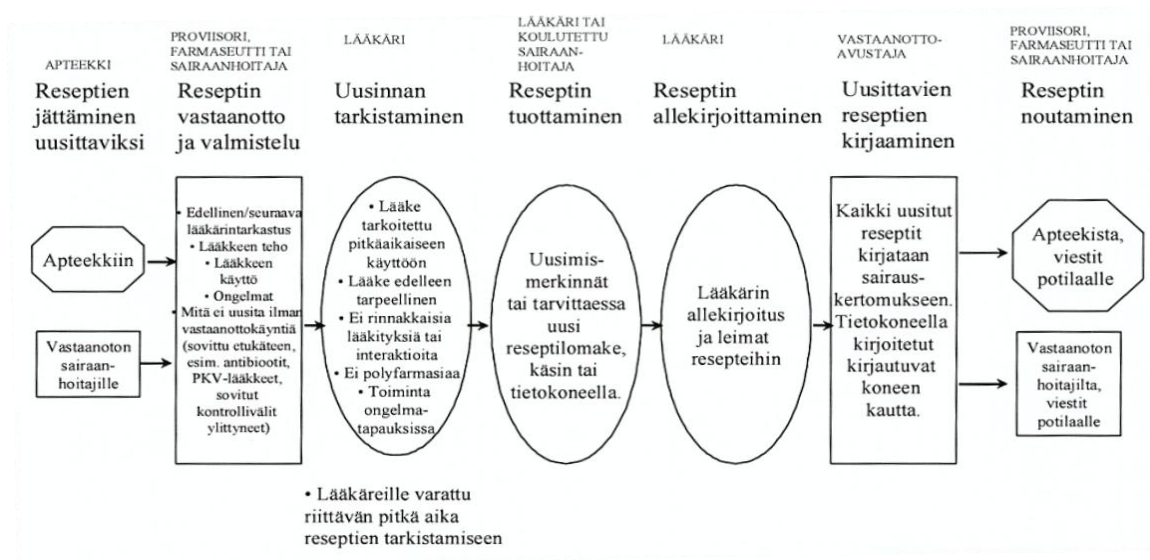
Suomen Apteekkariliiton 26.9.2007 hyväksymässä toimenpideohjelmassa ikääntyneiden lääkehoidon laatua parantavina toimenpiteinä mainitaan apteekkien tekemät lääkityksen tarkastukset, lääkehoidon kokonaisarviointit, lääkkeiden potilaskohtainen annosjakelu sekä laitospotilaiden lääkehoitosuunnitelmien laatiminen (Apteekkariliitto 2007). Apteekit voivat neuvoa ja parantaa potilaan hoitoon sitoutumista monella tapaa. Säännöllisessä lääkehoidossa olevat potilaat käyvät useammin apteekissa kuin muissa terveydenhuollon toimipisteissä. Apteekit tavoittavat myös asiakkaita, jotka eivät käytä muun terveydenhuollon palveluita. Näin apteekin rooli on laajentunut perinteisestä lääkemyynnistä aktiiviseksi osaksi terveydenhuoltoa (Peltonen 2010). Kansanterveysohjelmien (astma-, diabetes-, sydän-) ohella apteekit ovat kehittäneet muuta terveydenhuoltoa tukevia potilaskohtaisia, moniammatillisesti toteutettavia, erityispalveluita (Apteekkariliitto 2007), kuva 1. Ruotsissa eräät apteekit tarjoavat asiakkailleen perinteisten apteekkipalveluiden rinnalla rokotuspalveluita, allergiatestausta sekä verenpaineen mittausta, hierontaa ja jalkojen hoitoa (Svensk 2011). Ruotsalaisapteekkari Kristina Fritjofsson näkee apteekkien tulevaisuuden mahdollisuutena profiloitumisen asiantuntijaksi Portugalin, Italian ja Yhdysvaltojen tapaan, jolloin osa perusterveydenhuollon palveluista siirretään apteekkien hoidettaviksi (Svensk 2011).



Kuva 1. Potilasturvallisuutta lisäävät apteekkipalvelut (Apteekkariliitto 2007)

Merkittävä osa yli 65-vuotiaiden psyykenlääkkeistä sekä sydän- ja verisuonitautien lääkkeitä uusitaan potilasta tapaamatta. Yli puolella reseptejä uusivista potilaista on mahdollinen lääkkitykseen liittyvä ongelma (Lahnajärvi 2006). Vain vajaassa kolmasosassa terveyskeskuksista reseptien uusimiseen liittyy suunnitelmallinen lääkehoidon seuranta (Lahnajärvi 2006). Yhtä harvoin uusimiskäytännöistä on sovittu apteekin ja terveyskeskuksen välillä. Usein ikääntyneen heikentynyt terveydentila, huonontunut ravitsemus, toimintakyvyn lasku sekä heikentynyt kognitio ennustavat merkittävää monilääkkitystä (Jyrkkä 2011). Monilääkkityksen yleistymisen iäkkäillä lisää lääkkeitä haitta- ja yhteisvaikutusten riskiä. Jyrkän väitöskirjassa (2011) astma/COPD, sydänsairaus, diabetes, masennus ja kipu ovat oireita/sairauksia, jotka olivat yhteydessä monilääkkityksen esiintyvyyteen. Yhtä diagnosoitua sairautta hoidetaan usealla lääkkeellä (Jyrkkä 2011).

Onnistunut lääkehoito on sekä apteekin että lääkärin yhteinen tavoite. Reseptien uusiminen ja lääkehoidon suunnitelmallinen seuranta ovat ikääntyneen potilaan hoitamista ja monilääkkitykseen liittyvien ongelmien ennaltaehkäisyä, kuva 2. Lääkehoidon tarpeen arviointi reseptin uusinnan yhteydessä turvaisi osaltaan lääkehoidon onnistumisen (STM 2005). Lääkemäärän sijaan huomio tulisi jatkossa suunnata lääkkityksen sisältöön ja laatuun (Jyrkkä 2011). Farmaseuttisen henkilökunnan osaamista ikääntyneen väestön lääkehoidon tukena tulisi hyödyntää selvästi nykyistä enemmän (Apteekkariliitto 2007).



Kuva 2. Reseptin uusimisprosessin vaiheet (Lahnajärvi 2006)

Moniammatillinen yhteistyö, jossa mukana ovat lääkäri, farmasian ammattilainen, hoitaja, mahdollisesti myös fysioterapeutti ja ravitsemusterapeutti, turvaa parhaan lopputuloksen ikääntyneen kokonaistilan ja lääkityksen arvioinneissa (Jyrkkä 2011).

### 3. KOTIHOITO

#### 3.1. Kotihoito rakennemuutoksessa

Tukemalla ikäihmisten toimintakykyä, omatoimisuutta ja vahvistamalla itsenäistä suoriutumista aikaansaadaan sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannussäästöjä pitkällä aikavälillä (Valtiovarainministeriö 12/2010). Palvelutarpeen kasvaessa ikäihmistä ei tulevaisuudessa siirretä palveluyksiköstä toiseen, vaan palvelut viedään ikäihmisten kotiin. Kotihoidosta on tarkoitus tehdä ympärivuorokautinen pitkäaikaishoitoa tarjoava palvelumuoto, jota sosiaalihuolto- ja kansanterveystlain nojalla kaikenikäiset ovat oikeutettuja saamaan. Kotihoitopalveluilla on tarkoitus korvata pitkäaikaislaitospaikkojen vähennykset myös päihde- ja mielenterveyspotilaiden kohdalla (Rintala ym. 2010). Kotihoito läpikäy merkittävää rakennemuutosta.

Valtiontalouden tarkastusviraston raportissa (Rintala ym. 2010) kritisoitiin kuntien toimia kotihoidon toteutuksessa. Yhtenäiset valtakunnalliset kotihoidon laatukriteerit puuttuvat, osassa kuntia kotisairaanhoitoa ja kotipalvelua ei ole vielä yhdistetty. Kotihoidon määrärahat ovat kyllä lisääntyneet, mutta eivät suhteessa kotihoidolle asetettuihin tavoitteisiin. Määrärahojen riittämättömyys vaikuttaa useimmiten henkilöstön vähyyteen, mikä puolestaan heikentää kotipalvelun laatua. Henkilöstön kouluttamiseen muuttuvassa toimenkuvassa on panostettu voimakkaasti. Valitettavan usein koulutus tapahtuu sosiaalihuollon osaamisen ja palveluntarpeen arvioinnin kustannuksella. Terveystieteiden ammattilaisten osuus kotihoidossa työskentelevistä on kasvanut, kodinhoidollinen asiantuntijuus vähentynyt. Valtion tarkastusviraston raportissa (Rintala ym. 2010) korostetaan moniammatillista tiimityötä, jossa kotihoito linkittyy osaksi muita sosiaali- ja terveystieteitä. Kotihoidon asiakkaan hyvin toteutettu palvelukokonaisuus (kotoa-kotiin-kotona) rakentuu perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalipalveluiden ja kolmannen sektorin välillä (Isoherranen ym. 2008).

### 3.2. Kotihoito pääkaupunkiseudulla

Säännöllisesti kotihoidon palveluja käyttää noin 7000 vanhusta (Saikkonen 2010). Vuosittain kotihoitoa saa yli 17 000 helsinkiläistä. Vuonna 2010 kotihoito teki yhteensä 2 043 362 asiakaskäyntiä, 8,9 prosenttia enemmän kuin edellisenä vuonna. Kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvussa, vuonna 2010 asiakasmäärät nousivat 4,3 prosentilla. Vuonna 2010 henkilöstöä kotihoidossa oli 1976, vakansseja oli yhtä paljon kuin edellisenä vuonna (henkilökohtainen tiedonanto, Niemelä 24.2.2011). Viiden viimeisen vuoden aikana kotihoidon tekemien asiakaskäyntien lukumäärä on lisääntynyt 30 prosentilla, samanaikaisesti kotihoidossa vakanssit ovat lisääntyneet 12 prosentilla (henkilökohtainen tiedonanto, Niemelä 24.2.2011). Vanhusten pitkäaikaislaitoshoitopaikkoja vähennettiin vuosien 2009 ja 2010 aikana Myllypuron, Koskelan, Kivelän ja Suursuon yksiköistä yli 200:lla (Saikkonen 2010). Laitospaikkojen vähentäminen ja kotihoidon lisääminen ovat valtakunnallinen ilmiö. Valitettavinta kotihoidon asiakasmäärien, ja varsinkin asiakaskäyntien määrän kasvussa pääkaupunkiseudulla on ollut se, ettei uusia hoitajavakansseja ole saatu asiakasmääriä vastaavassa tahdissa (Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010).

## **4. LÄÄKKEIDEN ANNOSJAKELU KOTIHOIDOSSA**

### **4.1. Annosjakeluun siirtyminen pääkaupunkiseudulla**

Kotihoidossa olevien asiakkaiden lääkkeiden annosjakelu siirtyi apteekkien hoidettavaksi Helsingin kaupungin terveyslautakunnan päätöksellä (Niemelä&Simoila 2007). Annosjakelutoiminnan käynnistymisvaiheessa alkukesästä 2007 helsinkiläisistä kotihoidon asiakkaista vain muutama oli apteekkien annosjakelun piirissä. Kesäkuussa 2008 apteekkien annosjakelun piirissä oli 22 prosenttia kotihoidon säännöllisistä kuukausiasiakkaista, vuotta myöhemmin 35 prosenttia. Vuonna 2009 kotihoidon asiakasmääriin suhteutettuna suurin annosjakelun peittävyys kotihoidossa oli Helsingin kaakkoisen kotihoitoyksikön alueella (45 prosenttia), pienin eteläisen kotihoitoyksikön alueella (28 prosenttia) (Nyman 2009).

Vuoden 2007 lopussa selvitettiin kyselytutkimuksella (Nyman 2009) kotihoidon ohjaajien ja kotihoitotiimien mielipiteitä apteekkien annosjakeluun siirtymisestä. Tärkeänä vauhdittajana siirtymisessä pidettiin Helsingin kaupungin terveyskeskuksen pysyväisohjetta lääkkeiden annosjakelusta. Tiimeissä arvostettiin lääkehoidosta vapautunutta työaika. Tutkimus toi esiin myös annosjakelun aikaansaamat kustannussäästöt. Annosjakelua kritisoivissa mielipiteissä nousivat esiin osaamattomuus, ohjeiden puuttuminen ja huono informointi. Kaikki lääkärit eivät kirjoittaneet reseptejä koko vuodeksi, niin kuin oli toivottu. Siirtyminen annosjakeluun koettiin aikaa vievänä ja työläänä, selvittelyjä vaativana prosessina. Kotihoitotiimeissä kaivattiin yhteistyötä lääkärin, asiakkaan, asiakkaan omaisten ja apteekin kanssa. Annosjakelutoiminnan alkuvaiheen käyttöönoton tehostamiseksi toivottiin yhteisiä palavereja terveydenhoitajien, tiimien ja lähiapteekin kanssa (Nyman 2009).

Kotihoidon asiakaskyselyyn (Nyman 2009) vastanneista 45 prosenttia oli tyytyväisiä apteekin annosjakeluun ja sen toimivuuteen. Annosjakelua pidettiin hyvänä, täsmällisenä ja toimivana järjestelmänä, mutta kalliina. Palaute oli pääasiallisesti positiivista, vain 6 prosenttia vastaajista oli tyytymättömiä palveluun. Eräät kotihoitotiimit olivat kokeneet pettymyksenä lupaukset annosjakelun myötä vapautuvan lisääjän jäämisestä kotihoidon perustehtäviin, mikä kuitenkin oli jäänyt toteutumatta. Koska lääkkeiden jakaminen tapahtuu apteekkien toimesta, heikentyy kotihoidon hoitajien lääkkeiden tuntemus. Yhteistyö apteekkien kanssa nähtiin tulevaisuuden mahdollisuutena lääkeosaamisen ylläpitämiseksi (Nyman 2009).

## 4.2. Kotihoidon henkilöstön arviot apteekkien annosjakelusta

### 4.2.1. Aikaisemmat tutkimukset ja saadut kokemukset

Pyhäjärven kotihoidossa ja palvelukeskuksessa siirryttiin koneelliseen lääkkeiden annosjakeluun vuonna 2006 (Viikilä 2009). Kotihoidon työntekijöiden mielestä annosjakelu säästi työaika ja vapautti sitä muihin työtehtäviin. Lääketurvallisuuteen koettiin tulleen varmuutta, koska asiakkaiden kokonaislääkitys, lääkkeiden yhteensopivuus ja yhteisvaikutukset tarkistetaan apteekin toimesta ennen annosjakelun käynnistymistä. Lääkemuutosten tekeminen koettiin hankalana ja työläänä annosjakeluun siirtymisen jälkeen. Viikilän (2009) tutkimus Pyhäjärvellä paljasti, että toisinaan annospusseja avattiin dosetteihin ennen asiakkaalle toimittamista. Hoitajat pelkäsivät lääkeseaamisen heikkenevän ja kokivat, etteivät he enää tunnista lääkkeitä ulkonäön perusteella.

Itä-Helsingin vanhusten palvelutalot (Itäkeskus, Myllypuro, Rudolf ja Vuosaari) ja kotihoito olivat vuosina 2005-2006 mukana lääkelogistiikkaprojektissa, jossa osa lääkehoidosta siirtyi hoitajilta apteekkeihin (Näkki 2007). Hankkeen tarkoituksena oli kehittää kustannustehokas lääkelogistinen palvelumalli palvelutaloille sekä kotona asuville ikääntyneille. Palvelumallin avulla oli tarkoitus tehostaa hoitohenkilökunnan ajankäyttöä, vähentää lääkejakelussa mahdollisesti tapahtuvia virheitä ja käyttämättömien lääkkeiden määrää, sekä havaita lääkkeiden väliset interaktiot. Lääkejakelusta vapautuva työaika oli tarkoitus kohdentaa asiakkaiden toimintakyvyn tukemiseen sekä välittömään hoitotyöhön. Tutkimuksessa mukana olevien palvelutalojen kaikkien asiakkaiden lääkejakelu siirtyi apteekkien hoidettavaksi; kotihoidon asiakkaiden lääkejakelu siirtyi apteekkien hoidettavaksi niiden asiakkaiden osalta, jotka ottivat käyttöönsä muistuttavan lääkeseannostelijan.

Läakelogistiikkaprojektin tavoitteeksi asetettiin hoitohenkilökunnalta vapautuva työaika. Työaika vapautui, mutta se oli kohdentunut toimintakykyä tukevan työn sijaan välilliseen hoivatyöhön (Näkki 2007). Välitön hoivatyö kohdistuu suoraan asiakkaaseen, esimerkiksi perussairaanhoidona, muina sairaanhoidollisina toimenpiteinä, kodinhoitona. Välillinen hoitotyö liittyy asiakkaaseen tapahtuen joko ennen tai jälkeen asiakkaan hoitamisen, esimerkiksi lääkärin konsultointina (Näkki 2007). Tutkimuksessa muistutettiin, että myös välillisen työn kautta voidaan hoitotyön laatua parantaa. Vapautuneen työajan merkitys työn kehittämisen ja laadun kannalta voidaan arvioida vasta ajan kuluessa.

#### 4.3. Kotihoidon asiakkaiden arviot apteekkien annosjakelusta

##### 4.3.1. Aikaisemmat tutkimukset ja saadut kokemukset

Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun aikana 1.1.2005-31.12.2008 asiakkaiden tyytyväisyys kotihoidon palveluihin on säilynyt samalla tasolla (Kerosuo ym. 2009). Asiakkaat ovat antaneet kotihoidon palveluille kouluarvosanoilla hyvän (8,2-8,3).

Pyhjäjärven kotihoidossa koneelliseen annosjakeluun siirryttiin vuonna 2006 (Viikilä 2009). Kotihoidon asiakkaat pitivät annosjakelua hyvänä palveluna. Annosjakelupalkkiota asiakkaat pitivät kalliina, mutta lääkekustannusten hinta-laatu -suhteeseen oltiin tyytyväisiä. Annosjakelun myötä kotihoidon asiakkaat kokivat lääketurvallisuuden lisääntyvän. Koneellisen annosjakelun eduksi asiakkaat mainitsivat lääkehävikin pienenemisen.

Pohjois-Haagassa, Helsingissä, tehtiin vuonna 2009 tutkimus, jolla kartoitettiin asiakkaiden kokemuksia ja näkökulmia kotihoidon toimivuudesta (Sarkkinen&Toral 2009). Tutkimukseen osallistuneet kotihoidon asiakkaat olivat 70-100 -vuotiaita, jotka tarvitsivat kotihoidon apua päivittäisissä toimissaan, kuten hygienian hoidossa, lääkkeiden ottamisessa ja ruokailussa. Kaikki asiakkaat olivat apteekkien annosjakelun piirissä. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä kärsi muistisairauksista ja olivat yksinäisiä.

Ikääntyneet haagalaiset olivat pääosin tyytyväisiä kotihoidon palveluihin. Apteekkien lääkkeiden annosjakelupalveluun oltiin yksimielisesti tyytyväisiä. Kritiikkiä ikääntyneet antoivat Sarkkisen ja Toralan tutkimuksessa (2009) hoitajien suuresta vaihtuvuudesta sekä sovittujen käyntiaikojen noudattamattomuudesta, mikä aiheutti turvattomuuden tunnetta. Kotihoidon apu tuntui ajoittain kiireelliseltä ja pinnalliselta, asiakkaat kaipaivat työskentelyyn enemmän ”kodinomaisuutta”. Tutkimus otti kantaa ikääntyneiden yksinäisyyteen ja dementoitumisen aiheuttamaan avuttomuuteen. Kuka puolustaa dementoituneen ikääntyneen oikeuksia silloin kun ystäviä ei ole ja mahdolliset sukulaiset asuvat toisella paikkakunnalla? Asiakkaat eivät ymmärtäneet heidän kanssaan kirjallisesti tehtyjä hoito- ja palvelusuunnitelmia. Kotihoito saatettiin hälyttää kotiin vain siksi, että vanhus saisi juttuseuraa itselleen. Riittävän ja oikeudenmukaisen hoidon saamiseksi on kotihoidolla avainasema kyseisten asiakkaiden kohdalla.

## **5. MONIAMMATILLINEN TIIMITYÖSKENTELY KOTIHOIDOSSA**

### **5.1. Moniammatillinen tiimi työnteon perusyksikkönä**

Moniammatillisessa yhteistyössä osaaminen perustuu asiantuntijuuden jakamiseen ja yhteisiin tavoitteisiin sitoutumiseen asiakaslähtöisesti (Isoherranen ym. 2007). Moniammatillisen yhteistyön käsite vakiintui Suomessa 1990-luvulla. Kaikilla aloilla erityisosaamisen tarve on lisääntynyt niin paljon, ettei yksi asiantuntija pysty millään hallitsemaan kaikkea (Isoherranen ym. 2007).

Helsingissä kotihoitotiimit syntyivät kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyttyä yhdeksi toimivaksi organisaatioksi, kotihoito-osastoksi, vuonna 2005. Alueellisesti kaupunki jaettiin viiteen kotihoidon palvelualueeseen, eteläinen, läntinen, keskinen, itäinen, sekä pohjoinen (nykyisin myös kaakkoinen) palvelualue. Kukin palvelualue jakaantui edelleen 59 (nykyisin 70) lähialueeseen, joissa jokaisessa toimii 2-3 kotihoitotiimiä (Helsingin kaupunki 2007). Moniammatillisissa tiimeissä työskentelee terveydenhoitajia, sairaanhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia, kodinhoitajia sekä kotiavustajia. Tiimeissä tehdään yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa asiakkaan tarpeen mukaan. Kotihoitotiimi mahdollistaa asiakaslähtöisen tiedon keruun ja käsittelyn. Tiimit verkostoituvat eri organisaatioiden ja yhteisöjen kanssa asiakaslähtöisesti. Moniammatillisessa verkostotyössä mukana on usein myös yksityissektorin toimijoita, kuten apteekki tai joku muu yksityinen palvelun tuottaja (Isoherranen ym.2007). Sosiaalityö toimii usein aloitteentekijänä eri tahojen yhteistyön ja verkostoitumisen käynnistämisessä. Sosiaalityöntekijä auttaa ikääntyneitä elämän kriisi- ja ongelmatilanteissa, esimerkiksi toimeentuloon liittyvissä palveluun ohjauksissa (Seppänen ym. 2007).

Moniammatillisia tiimejä on hyödynnetty menestyksellisesti muun muassa ikääntyneiden tarkoituksenmukaisen ravitsemuksen suunnittelussa, suun ja hampaiden hoidossa sekä lääkityksen moniammatillisessa arvioinnissa tavoitteena vaivojen ja sairauksien hoitaminen ajoissa sekä elämänlaadun ja yleisen terveydentilan parantaminen (Hartikainen&Lönnroos 2008).

### **5.2. Moniammatillinen tiimi lääkehoidon toteuttajana**

Ikääntyminen lisää vääjäämättä monilääkitykseen liittyviä riskejä (Kivelä 2005). Ruotsalaistutkimusten mukaan noin 15-30 prosenttia ikääntyneiden sairaalakäynneistä on



lääkkeiden sivuvaikutuksista johtuvia (Hänninen ym. 2010). Vain prosentti 75 vuotta täyttäneistä ei käytä yhtään lääkettä (Hartikainen 2009). Itä-Suomen yliopistossa tehdyn väitöskirjatutkimuksen mukaan 75 vuotta täyttäneillä on käytössään keskimäärin 7 eri lääkettä ja joka neljännellä on käytössään vähintään 10 lääkettä (Jyrkkä 2011). Riskien vuoksi lääkehoidon tarvetta, vaikuttavuutta sekä haittavaikutuksia tulisi arvioida säännöllisesti, vähintään kerran vuodessa, moniammatillisessa yhteistyössä, johon osallistuvat kaikki lääkehoitoa toteuttavat tahot (Jokinen ym. 2009, Hartikainen&Lönnroos 2008, Hänninen ym. 2010). Mahdolliset lääkityksestä aiheutuvat interaktiot heikentävät merkittävästi lääkehoidon laatua. Interaktioiden vähentäminen edellyttää yhteistyötä terveydenhuollon eri tahojen välillä (Toivo ym. 2005). Parhaimmillaan moniammatillisuus on terveyden, toimintakyvyn, elämänlaadun ja elämän puolesta toimimista asiakaslähtöisesti.

Helsingin kaupungin kotihoito-osaston lääkehoitosuunnitelma (2009) määrittelee tarkasti lääkehoidon toteutuksen työnjaon ja vastualueet. Potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta ja hoidosta vastaa lääkäri, hoitajat vastaavat lääkehoidon käytännön järjestelyistä ja toteutuksesta. Kotihoidon ohjaajalla on kokonaisvastuu lääkehoidon toteutuksesta, työskentelyn organisoinnista, neuvonnasta sekä valvonnasta. Apteekit, lääkkeiden annosjakelun toteuttajina, mainitaan tärkeinä yhteistyökumppaneina kotihoidolle. Lääkehoidon toteutuksen suurimpina riskeinä nähdään tiedonkulku, monimutkainen toimijarakenne sekä hoitajien lääkehoidollisen kompetenssin ylläpitäminen (Helsingin kaupunki 2009).

## **6. POLYFARMASIA-HANKE**

Helsingin kaupunki toteutti Polyfarmasia-hankkeen vuosina 2006-2007 moniammatillisena yhteistyönä (Jokinen ym.2007). Hankkeen tarkoituksena oli alkuvaiheessa selvittää Helsingin kotihoidossa olevien iäkkäiden (yli 75-vuotiaiden) polyfarmasian eli monilääkityksen yleisyys. Sen lisäksi hankkeella pyrittiin selvittämään polyfarmasiaan liittyvien ongelmien esiintyvyyttä. Lääkityskartoitus toteutettiin Helsingin eteläisen ja itäisen kotihoitoyksikön alueella. Kartoituksessa käytettiin 491 kotihoitotiimin ja 50:n palvelutalossa asuvan asiakkaan lääkitystietoja. Viidelle kotihoidon asiakkaalle tehtiin lääkehoidon kokonaisarviointi.

Polyfarmasia-hankkeen toisena tavoitteena oli kehittää kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoon toimintamalli, jonka avulla haitallista monilääkitystä voitaisiin ehkäistä ja vähentää

mahdollisimman tehokkaasti. Monilääkitys lisää lääkkeiden sivu- ja yhteisvaikutusten riskiä vanhuksilla, jotka ovat muutenkin herkkiä lääkkeiden haittavaikutuksille.

Polyfarmasia-hankkeen avulla kerätyt tulokset hyödynnettiin lääkehoidon toimintamallin kehittämisessä. Toimintamalli käsittää tiivistettynä neljä onnistuneen lääkehoidon toteuttamisen tasoa:

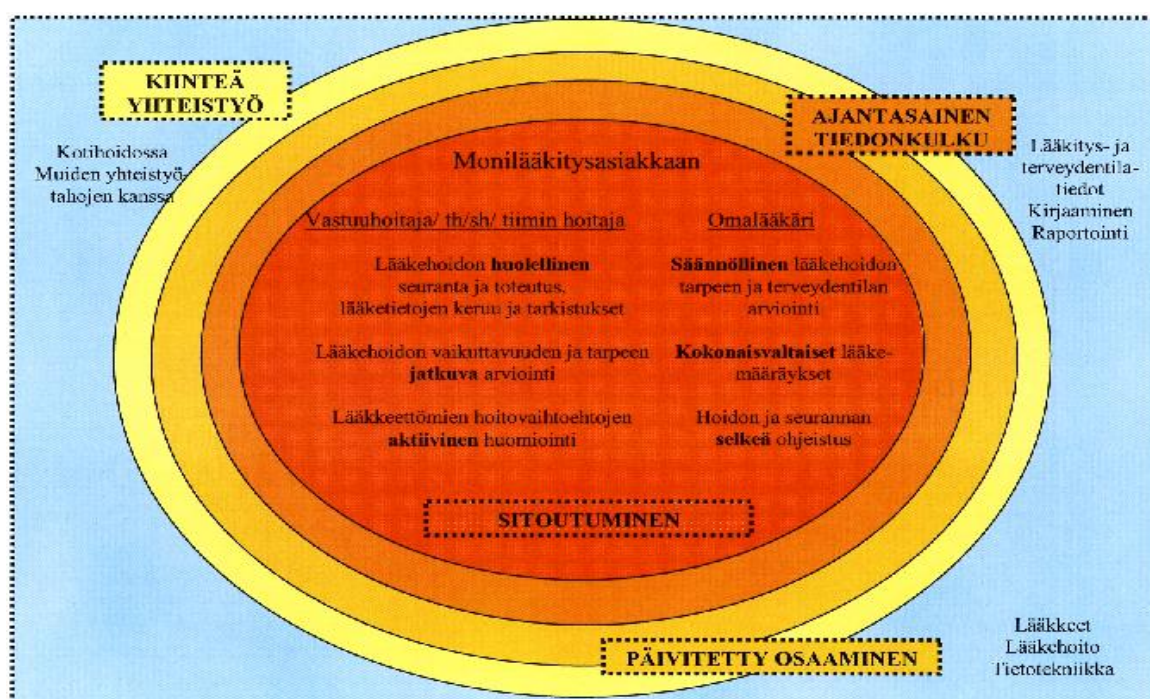
1. Yhteistyö keskeisten lääkehoidon onnistumiseen vaikuttavien tahojen kanssa
2. Osaaminen koskien lääkkeitä, lääkehoitoa, tietotekniikkaa
3. Ajantasainen tiedonkulku asiakkaan terveydentilan sekä koko lääkehoidon osalta
4. Sitoutuminen kotihoito toteuttaa lääkehoitoon liittyviä vastuutehtäviä kokonaisvaltaisesti, arvioivasti ja säännöllisesti (Jokinen 2008).

Polyfarmasia-hankkeen avulla saatiin hyvä kokonaiskuva kotihoidon lääkehoidon toteutuksesta. Kotihoidon asiakkaista 80 prosentilla esiintyi monilääkitystä eli yli viiden lääkkeen samanaikaista käyttöä. Hanke paljasti, että havaittuihin lääkkeiden yhteisvaikutuksiin oli vaikea puuttua. Reseptejä uusittiin usein potilasta tapaamatta. Yhteistyötä muun muassa omaisten kanssa oli vähän ja lääkehoidon onnistumista seurattiin heikosti. Apteekki koettiin hyväksi palveluntarjoajaksi ja yhteistyökumppaniksi. Sähköisten järjestelmien hyödyntäminen lääkehoidon onnistumisen seurannassa oli ajoittain hankalaa. Terveyskeskuksissa käytössä olevan Pegasos-järjestelmän lääkitysnäyttöä parannettiin Polyfarmasia-hankkeen aikana. Vuonna 2007 kotihoidossa otettiin käyttöön RAI-Kotihoito-järjestelmä. RAI-järjestelmän avulla voitiin arvioida asiakkaan hoidon laatua, vaikka monilääkityksen arviointiin järjestelmän soveltuvuutta ei voitu testata, koska sitä ei ollut käytetty kaikille kotihoidon asiakkaille (Jokinen 2008). Samana vuonna kotihoidon asiakkaat siirtyivät apteekkien annosjakelun piiriin. Tämän seurauksena asiakkaiden kokonaislääkityksen seuranta tehostui apteekkien interaktio-ohjelmien ansiosta.

Monilääkityksen hallinta edellyttää asiakaslähtöistä ja moniammatillista yhteistyötä. Polyfarmasia-hankkeen loppuraportissa nousivat esiin: lääkehoidon kokonaisarvioinnin tekeminen, potilaan terveydentilan säännöllinen arviointi, lääkehoidon osaamisen ylläpitäminen, lääkejakelun keskittäminen apteekkeille, tiedonkulun tehostaminen sekä lääkehoitoon osallistuvien tahojen yhteistyön kehittäminen. Lisäksi terveysasemien lääkäreiden ja kotihoidon välisen yhteistyön kehittäminen koettiin tärkeäksi. Apteekin

erikoisosaamisen hyödyntäminen erilaisten tukipalvelujen muodossa kuten astma-, diabetes- ja sydänyhdyshenkilöltä saatava neuvonta sekä yhteisten tapaamisten ja koulutustilaisuuksien järjestäminen nähtiin tulevaisuuden mahdollisuuksiksi onnistuneen lääkehoidon toteuttamisessa.

Hankkeen avulla toteutettu toimintamalli (kuva 3) haitallisen polyfarmasian ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi otettiin asteittain käyttöön Helsingin kotihoidossa vuoden 2008 aikana. Moniammatilliseen seurantaan ja arviointiin perustuva malli kytkettiin osaksi kotihoidon turvallista lääkehoitoa ja lääkehoitosuunnitelmaa vuonna 2009 (Lahti ym. 2009).



Kuva 3. Polyfarmasihankkeen avulla toteutettu toimintamalli (Jokinen 2008)

## 7. PROJEKTITYÖN TAVOITTEET

Projektityöllä selvitettiin, näkyykö Polyfarmasia-hankkeen avulla kehitetty toimintamalli kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutuksessa yhteistyön, osaamisen, tiedonkulun ja sitoutumisen osalta.

Projektityöllä haettiin vastauksia kysymyksiin:

Onko moniammatillisesta yhteistyöstä tullut vakiintunut käytäntö, jossa apteekki on lääkealan ammattiosaajana mukana?

Esiintyykö asiakkaiden lääkityksessä vakavia interaktioita?

Minkälaisia kokemuksia lääkejakelussa mukana olevilla kotihoitotiimeillä on lääkehoitotoiminnan sujuvuudesta?

## **8. AINEISTO JA MENETELMÄT**

Tutkimusaineisto muodostui Helsingin 41. (Megahertsin) apteekin annosjakelussa mukana olevien kotihoidon asiakkaiden (n=160) lääkitystiedoista. Jotta tutkimustuloksia pystyttiin vertaamaan Polyfarmasia-hankkeen vastaaviin tuloksiin, otettiin lopulliseen tutkimukseen mukaan 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden (n=129) lääkitystiedot. Annosjakeluasiakkaat kuuluivat Helsingin kaakkoisen kotihoitoalueen piiriin ja olivat kahdeksasta eri kotihoitotiimistä. Nämä kotihoitotiimit olivat Helsingin Herttoniemen (4 tiimiä) sekä Laajasalon (4 tiimiä) terveysasemien alueelta.

Suurin osa (noin 90 prosenttia) Helsingin 41. apteekin annosjakelussa mukana olevien asiakkaiden lääkkeet jaetaan käsin dosetteihin. Koneellisen annosjakelun piirissä on vain noin 10 prosenttia annosjakeluasiakkaista. Ennen annosjakelun aloittamista, asiakkaan lääkityksen yhteisvaikutusriskit ja päällekkäisyydet tarkistetaan apteekissa. Asiakkaan lääkitysturvallisuuden kannalta haitalliset havainnot läpikäydään yhdessä asiakkaan hoitavan lääkärin kanssa.

Tutkimusaineistosta selvitettiin polyfarmasian, yli 6 lääkkeen samanaikaisen käytön, esiintyvyys. Lääkitystiedoista etsittiin vakavat, D-luokan interaktiot. Lisäksi selvitettiin annosjakelussa mukana olevien asiakkaiden ikä- ja sukupuolijakauma.

Moniammatillisen yhteistyön toteutumista kartoitettiin tutkimuksessa mukana olevilta kotihoitotiimeiltä (n=8), sekä yhdeltä kotihoidossa ja yhdeltä terveysasemalla toimivalta lääkäriltä. Kolmen apteekin annosjakelussa työskentelevän farmaseutin havainnoit (yksi Helsingin 41. (Megahertsin), yksi Helsingin 50. (Itäkeskuksen) sekä yksi Helsingin 51. (Flemingin) apteekista) kotihoidon lääkehoidon toteutuksesta koottiin tutkimukseen.

Ennen varsinaisen tutkimuksen käynnistämistä haettiin tutkimukselle Helsingin kaupungin terveyskeskuksen tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän (TUTKA) lupa. Aptekeissa tehtäviin tutkimuksiin pyydettiin lupa kultakin apteekkarilta.

Versa Procuro®-ohjelman avulla lääkitystiedoista etsittiin vakavat, D-luokan interaktiot. Ohjelma ristiintaulukoi syötetyt lääkitystiedot ja ilmoitti kaikki mahdolliset interaktiot. Mahdollisista interaktiohavainnoista keskusteltiin hoitavan lääkärin kanssa.

Kyselylomakkeiden avulla kerättiin tutkimuksessa mukana olevien kotihoitotiimien (n=8) kokemukset asiakkaiden lääkehoidon onnistumisesta (liite 1). Vastaavia kokemuksia kartoitettiin myös yhdeltä kotioidossa (liite 2) ja yhdeltä terveysasemalla toimivalta lääkäriltä (liite 3). Lääkehoidon moniammatillisen yhteistyön toteutumista selvitettiin kyselylomakkeilla myös apteekkilaisilta (liite 4).

Kyselylomake oli kaksiosainen. Ensimmäisessä osassa oli 6-7 avointa vastaajan taustatietoja selvittävää kysymystä. Toinen osa kyselykaavakkeesta sisälsi suljettuja kysymyksiä, joihin vastaaja vastasi 5-portaisella asteikolla. Lomakkeen väittämillä haettiin kaikilta kotioidon lääkkeiden annosjakelussa mukana olevilta tahoilta näkemyksiä moniammatillista yhteistyöstä, osaamisesta, tiedonkulusta ja sitoutumisesta Polyfarmasia-hankkeen toimintamallin mukaan.

Kyselykaavakkeet pilotoitiin ennen tutkimusta. Kotioidon kyselyyn vastasi yksi työntekijä kotioidotimista, apteekkilaiden kyselyyn vastasi kaksi apteekkilaidista. Pilotoinnin jälkeen kyselykaavakkeita muokattiin selkeämpään, yksiselitteisempään muotoon ja tarkemmin vastaamaan tutkimusongelmaan.

Kyselyt toteutettiin 2.-23.2.2011. Tutkimukseen osallistuvat kotioidotimit ja lääkärit saivat kyselylomakkeensa kotioidtoon tapahtuvan viikoittaisen apteekkikuljetuksen mukana. Vastauksensa vastaaja sai joko laittaa seuraavaan apteekkikuormaan, tai postittaa kyselyn mukana olleella palautuskuorella. Apteekkilaidet saivat kyselylomakkeensa postitse, ja myös palauttivat vastauksensa postitse, kyselyn mukana toimitetulla palautuskuorella. Vastausaikaa oli yksi viikko. Kyselylomakkeet toimitettiin terveysasemille kahteen kertaan, viikon välein, koska vastausprosentti ensimmäisellä kerralla oli huono.

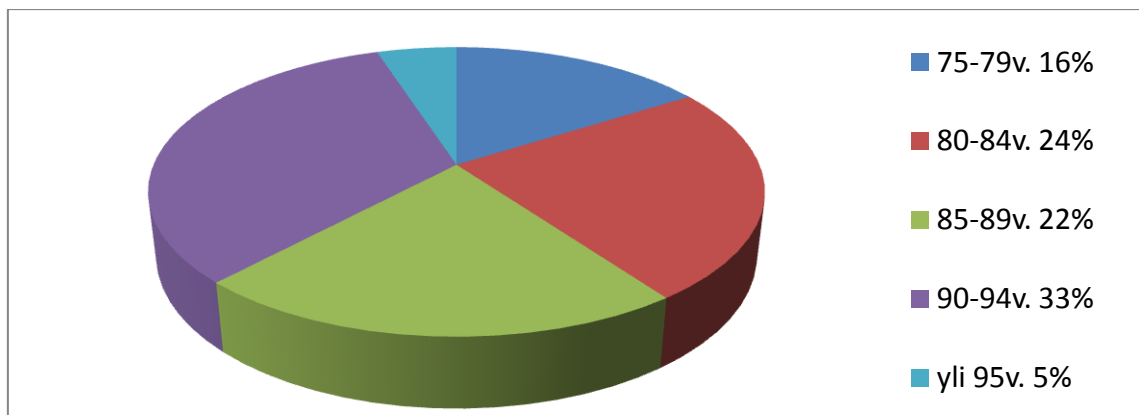
Vastaukset analysoitiin ja luokiteltiin. Koska kyselyotanta oli pieni, ei tulosten perusteella voinut tehdä kvalitatiivisia eikä kvantitatiivisia johtopäätöksiä. Moniammatillisuuden osalta vastaukset olivat suuntaa antavia. Vastausvaihtoehdot 1 ja 2 tulkittiin, että vastaaja oli eri

mieltä kyselylomakkeen väittämän kanssa. Vastausvaihtoehdot 4 ja 5 tulkittiin, että vastaaja oli samaa mieltä kyselylomakkeen väittämän kanssa. Vastausvaihtoehto 3 jätettiin huomioimatta. Mikäli yli 50 prosenttia vastaajista oli väittämän kanssa täysin/jokseenkin eri mieltä (vaihtoehdot 1 tai 2), tulkittiin vastaajaryhmän olevan väittämän kanssa eri mieltä. Mikäli yli 50 prosenttia vastaajista oli väittämän kanssa jokseenkin samaa/täysin samaa mieltä (vaihtoehdot 4 tai 5), tulkittiin koko vastaajaryhmän olevan väittämän kanssa samaa mieltä.

## 9. TULOKSET

### 9.1. Asiakkaiden ikä- ja sukupuolijakauma

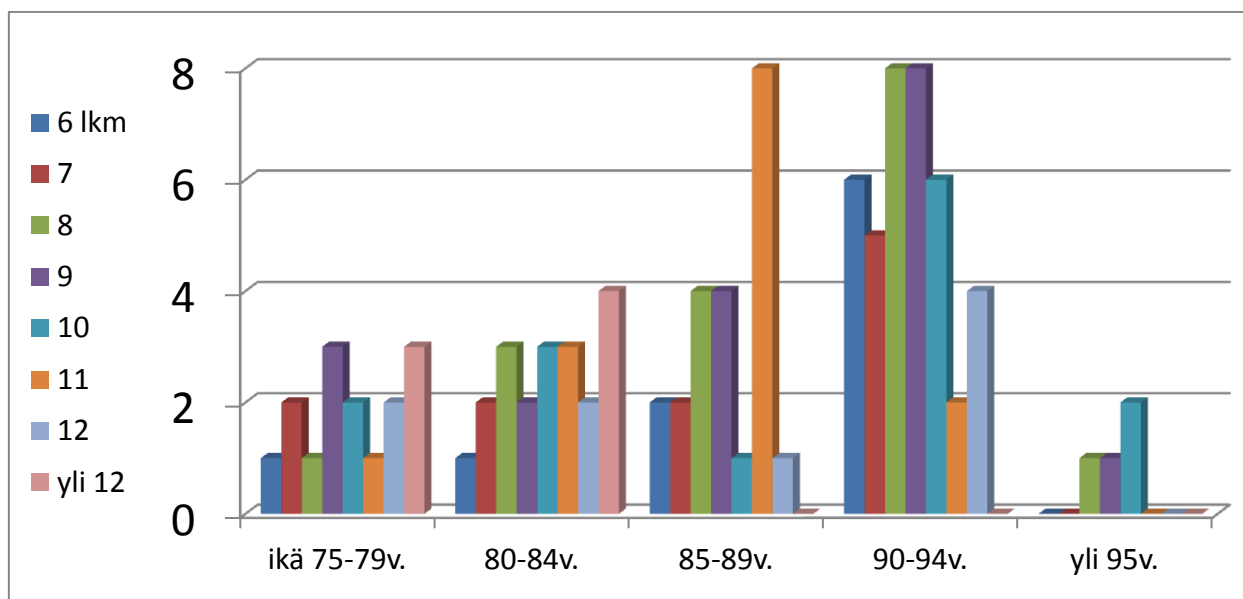
Kuviossa 1 on kuvattuna 75-vuotiaiden tai sitä vanhempien (n=129) ikäjakauma. 75 vuotta täyttäneitä kotihoiton asiakkaista oli 81 %. Suurin osa kotihoitotiimien asiakkaista oli 90-94 -vuotiaita (n=43). Kaikissa ikäryhmissä naisia oli enemmän kuin miehiä. 75 vuotta täyttäneistä naisia oli 76 % (n=98), miehiä 24 % (n=31).



Kuvio 1. 75-vuotiaiden tai sitä vanhempien ikäjakauma.

### 9.2. Lääkkeiden käyttö ja monilääkityksen yleisyys

75-vuotiailla tai sitä vanhemmilla kotihoitotiimien asiakkailla (n=129) oli käytössä keskimäärin 9,5 säännöllisesti käytettävää lääkettä (kuvio 3). Käytössä olevia lääkeaineita tutkimusryhmällä oli 253. Taulukossa 1 ovat käytetyimmät lääkeaineet. Tutkimusryhmässä monilääkitystä esiintyi 77 %:lla (n=99).



Kuvio 2. Säännöllisesti käytössä olleiden lääkkeiden määrä 75-vuotiailla tai sitä vanhemmilla.

Taulukko 1. Käytetyimmät lääkeaineet yli 75-vuotiailla (n=x).

KÄYTETYIMMÄT LÄÄKEAINEET		
Luokka A		
Lääkeaine	n (hklöä)	% (129:sta)
furosemiidi	48	37
bisoprololi	43	33
kalsium+d-vit.	37	29
parasetamoli	37	29
simvastatiini	30	23
laktuloosi	20	16
pantopratsoli 20mg	18	14
pantopratsoli 40mg	12	9

KÄYTETYIMMÄT LÄÄKEAINEET		
Luokka C		
Lääkeaine	n (hklöä)	% (129:sta)
ASA	44	34
varfariini	32	25
sitalopraami	23	18
tsopikloni	19	15
kaliumkloridi	17	13
digoksiini	16	12
ramipriili	15	12
tematsepaami	14	11
metformiini	12	9
mirtatsepiini	11	9

Taulukossa 1, luokassa A olevat lääkeaineet kuuluvat Fimean Iäkkäiden lääkityksen tietokannan mukaan iäkkäille sopiviin lääkeaineisiin. A-luokkaan kuuluvaa lääkeainetta voidaan käyttää ikääntyneillä (75 vuotta täyttäneillä) kuten nuoremmillakin potilailla. Taulukossa 1, luokassa C olevat lääkeaineet kuuluvat Fimean Iäkkäiden lääkityksen tietokannan mukaan ikääntyneille varauksin soveltuviin lääkeaineisiin. C luokkaan kuuluvia lääkeaineita 75 vuotta täyttäneillä käytettäessä, on lääkeannos tarkistettava potilaan munuaistoiminnan heikkenemisen, tai merkittävän haitta- tai yhteisvaikutusriskin seurauksena.

### 9.3. D-luokan interaktiot

Yli 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien ikäluokissa havaittiin tutkimusaineistossa 8 asiakkaan lääkityksessä (6,2 %) D-luokan interaktio. Pohjoismaisissa tutkimuksissa vakavien interaktioiden esiintyvyys on noin 1-3 % (Toivo ym. 2005). Taulukossa 2 ovat D-luokan interaktion aiheuttaneet lääkeaineyhdistelmät.

Taulukko 2. D-luokan interaktion aiheuttaneet lääkeaineyhdistelmät.

<b>D-luokan interaktion aiheuttanut lääkeaineyhdistelmä</b>	<b>D</b>	<b>lkm</b>
Kaleorid®(kalium)+Spirexis®(spirinolaktone)	D3	2
Kaleorid®(kalium)+Diuramin®(amiloridi, hydroklooritiatsidi)	D1	1
Moclobemid®(moklobemidi)+Cymbalta® (duloksetiini)	D0	1
Digoxin®(digoksiini)+Vermin®(verapamiili)	D4	1
Tegretol®(karbamatsepiini)+Risperdal®(risperidoni)	D4	1
Tramal®(tramadoli)+Cymbalta®(duloksetiini)	D0	1
Neurotol slow® (karbamatsepiini)+Risperdal®(risperidoni)	D4	1



D-luokan interaktioita ilmeni eniten (n=3) kalium ja kaliumia säästävän diureetin (Spiresis, Diuramin) yhteiskäytöstä. Koska valmisteiden yhteiskäyttö voi aiheuttaa hyperkaleemiaa ja rytmihäiriöitä, on yhdistelmää käyttävien asiakkaiden kaliumarvoja kontrolloitava säännöllisesti.

Fimean lääkäiden lääkityksen tietokannan mukaan verapamiili kuuluu lääkeaineena luokkaan D, joiden käyttöä ikääntyneillä tulisi välttää. Mahdollinen käyttö tulisi rajata erityistapauksiin, huomioiden haitalliset yhteisvaikutukset  $\beta$ -salpaajien ja digoksiinin kanssa.

Fimean lääkäiden lääkityksen tietokannan mukaan interaktiohavainnoissa esiin tulleet lääkeaineet (moklobemidi, duloksetiini, digoksiini, karbamatsepiini, tramadoli sekä risperidoni) kuuluvat luokkaan C, ikääntyneille varauksin soveltuviin lääkeaineisiin. Ikääntyneet ovat herkistyneitä tramadolin haittavaikutuksille. Karbamatsepiinilla on erittäin kapea terapeutinen leveys (verenkuva, maksa-arvoja, sekä lääkeainepitoisuutta on seurattava säännöllisesti). Risperidonin ja duloksetiinin annokset on titrattava asiakkaan munuaisten toimintakyvyn mukaan.

Tramadolin ja duloksetiinin yhteiskäytöstä aiheutunutta interaktiotapausta lukuun ottamatta, kaikilla haitallista lääkeaineyhdistelmää käytävillä asiakkailla oli monilääkitys.

#### 9.4. Kyselytutkimukset kotihoidolle

##### 9.4.1. Kyselytutkimus kotihoidon lääkärille

*Taustatiedot:* Geriatriasta erikoisosaamista hänellä ei ole. Kotihoidossa hän vastaa noin 200 asiakkaan lääkehoidosta.

*Yhteistyö:* Kotihoidon ja apteekin kanssa yhteistyötä on vastaajan mielestä riittävästi, omaisten kanssa yhteistyötä on liian vähän. Kotihoito on tärkeä yhteistyökumppani lääkärille. Apteekkilaisten kanssa ei ole säännöllisiä tapaamisia.

*Osaaminen:* Interaktioiden havaitseminen on vastaajan mielestä helppoa, samoin lääkitykseen liittyvien ongelmien ymmärtäminen. Apteekki informoi lääkäriä interaktiohavainnoista. Lääkehoidon kokonaisarviointi tehdään säännöllisesti kotihoidon asiakkaille. Apteekki on luotettava yhteistyökumppani, mutta tekee virheitä lääkejakelussa. Vastaajan mielestä kotihoitokin tekee virheitä lääkejakelussa.

*Tiedonkulku:* Vastaajan mielestä lääkitystiedot ovat ajan tasalla kotihoidossa, lääkärillä sekä Pegasoksessa. Apteekkien reseptinuusintatoiveet ovat selkeitä. Kotihoito ei informoi riittävästi asiakkaan terveydentilan muutoksista.

*Sitoutuminen:* Vastuuhoitaja hoitaa asiakkaan kaikki lääkeasiat. Lääkäri on vastuussa moniammatillisen tiimin työstä lääkityksen osalta. Joitakin kotihoidon asiakkaita hoitaa useampi lääkäri. Vastaajan mielestä apteekki hoitaa lääkehoidon asiantuntevasti.

#### 9.4.2. Kyselytutkimus terveysaseman lääkärille

Terveyskeskuksen lääkäreistä kukaan ei vastannut kyselyyn.

#### 9.4.3. Kyselytutkimus kotihoitotiimeille

Kotihoitotiimeistä tutkimukseen osallistui kuusi työntekijää. Vastausprosentiksi tuli 75 prosenttia.

*Taustatiedot:* Vastaajissa oli sekä lähihoitajia, terveyden- että sairaanhoitajia. Tiimeissä oli keskimäärin 55 asiakasta, suurimmassa tiimissä noin 100. Työkokemusta kotihoitotiimiläisillä oli vajaasta vuodesta 13 vuoteen.

*Yhteistyö:* Kotihoito ja lääkäri eivät tapaa säännöllisesti. Vastaajien mielestä yhteistyötä apteekin ja omaisten kanssa on tarpeeksi. Apteekilta ja lääkäriltä saa apua lääkityksen ongelmatilanteisiin. Kotihoidossa epäiltiin, tunteeko lääkäri potilaansa. Apteekki on tärkeä yhteistyökumppani kotihoidolle.

*Osaaminen:* Lääkitystietojen ylläpitäminen Pegasoksella on helppoa. Apteekki informoi interaktiohavainnoista kotihoitoon. Kotihoidossa ymmärretään asiakkaan lääkitysongelmat. Apteekki on lääkeasioissa luotettava yhteistyökumppani.

*Tiedonkulku:* Pegasoksessa, lääkärillä ja apteekissa lääkitystiedot ovat ajan tasalla. Tilausten tekeminen apteekkiin on helppoa. Hoitavan lääkärin tavoittaminen on vastaajien mielestä vaikeaa.

*Sitoutuminen:* Vastuuhoitaja ei hoida asiakkaan kaikkia lääkiasioita. Useampi lääkäri saattaa hoitaa asiakkaan lääkitystä. Sama apteekki hoitaa asiakkaan kaikki lääketilaukset. Apteekki toteuttaa lääkehoidon asiantuntevasti.

#### 9.5. Kyselytutkimus apteekkilaisille

*Taustatiedot:* Kaikki annosjakelussa työskentelevät apteekkilaiset ovat koulutukseltaan farmaseutteja, joilla työkokemusta on vähintään 3,5 vuotta. Annosjakelussa vastaajat ovat toimineet yhdestä viiteen vuotta. Annosjakelua apteekeissa tehdään sekä manuaalisesti dosetteihin että annosjakeluyksikön koneellisesti tekemiä annospusseja toimittamalla. Annosjakelussa olevia asiakkaita oli reilusta kolmestakymmenestä yli kahteensataan. Asiakkaat olivat kotihoidosta, palvelutalosta tai yksityisiä.

*Yhteistyö:* Lääkäriltä ei saa apua lääkityksen ongelmatilanteisiin, kotihoidolta apua saa. Kotihoito on tärkeä yhteistyökumppani apteekkilaisille. Lääkehoidon yhteistyötä kotihoidon kanssa pitäisi vastaajien mielestä olla enemmän. Säännöllisiä tapaamisia lääkärin kanssa ei ole.

*Osaaminen:* Interaktio-ohjelman käyttäminen on helppoa, samoin lääkityksessä esiintyvien interaktioiden havaitseminen. Apteekki informoi interaktiohavainnoista kotihoitoa. Apteekkilaisten näkökulmasta lääkehoidon kokonaisarviointia ei tehdä säännöllisesti kotihoidon asiakkaille.

*Tiedonkulku:* Hoitavan lääkärin tavoittaminen on vastaajien mielestä vaikeaa. Apteekki informoi lääkevaihdoista kotihoitoa (vaihto edullisempaan).

*Sitoutuminen:* Yhtä potilasta saattaa hoitaa useampi lääkäri. Lääketilauksia tehdään useasta apteekista. Apteekki toteuttaa lääkehoidon asiantuntevasti.

## 10. POHDINTA

Tulosten tarkastelussa on huomioitava, etteivät projektityön havainnot ole yleistettävissä otoskoon pienuudesta johtuen. Tämän projektityön tulokset ovat ensisijaisesti suuntaa antavia.

Helsingissä elää kotihoidon turvin entistä ikääntyneempiä ja huonokuntoisempia vanhuksia (Kerosuo ym. 2009, Nyman 2009). Polyfarmasia-hankkeen tuloksiin verrattuna on yli 75-vuotiaiden osuus kotihoidon asiakkaista lisääntynyt noin 7 prosentilla kolmen viimeisen vuoden kuluessa. Käytössä olevien lääkkeiden keskimääräinen lukumäärä on lisääntynyt 7,7:sta 9,5:een, vastaavasti monilääkitys on lisääntynyt 72 prosentista 77 prosenttiin verrattuna Polyfarmasia-hankkeen tutkimustuloksiin. Käytössä olevien lääkkeiden määrä on sidoksissa ikääntymiseen, mikä puolestaan kasvattaa monilääkityksen esiintymistodennäköisyyttä (Jyrkkä 2011).

Tutkimuksen kyselytulosten perusteella edellytykset moniammatillisen yhteistyön onnistuneelle toteutukselle kotihoidon lääkehoidon osalta ovat olemassa. Lääkehoidon toteuttajaosapuolten vastauksista tuli selkeästi esiin asiantuntijuuden arvostaminen ja yhteistyön tärkeyden merkityksen myöntäminen. Kotihoidon lääkäri piti yhteistyötä kotihoidon kanssa tärkeänä; kotihoito piti apteekkia tärkeänä yhteistyökumppanina ja päinvastoin. Apteekki oli selkeässä asiantuntija-asemassa kaikkien kyselyyn vastanneiden arvioinneissa. Säännöllisiä tapaamisia lääkärin ja kotihoidon, lääkärin ja apteekkilaisten välillä ei kuitenkaan ollut. Moniammatillinen yhteistyö jää tältä osin toteutumatta.

Polyfarmasia-hankkeen avulla kehitetyn toimintamallin ytimessä ikääntyneen monilääkitysasiakkaan onnistunut hoito perustuu sitoutumiseen. Lääkehoitoa seurataan ja toteutetaan huolellisesti, lääkehoidon vaikuttavuutta ja tarvetta arvioidaan jatkuvasti. Lääkäri arvioi säännöllisesti lääkehoidon tarpeen ja terveydentilan (Jokinen 2008). Toteutuuko toimintamallin mukainen sitoutuminen kotihoidon asiakkaiden kohdalla lieene kyseenalaista, sillä tähän tutkimukseen osallistuneen lääkärin mukaan lääkehoidon kokonaisarviointi tehdään säännöllisesti kaikille kotihoidon asiakkaille. Lääkäri vastasi noin 200 asiakkaan lääkehoidosta.

Kotihoito-osasto on toteuttanut moniammatillista tiimityötä vuodesta 2005 alkaen. Asiakkaan luona käy pääsääntöisesti yksi työntekijä, joka toimeenpanee asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaisen hoidon ja toimenpiteet (Kerosuo ym. 2009). Tiimit organisoivat eri työntekijöiden käynnit asiakkaan palvelutarpeita vastaaviksi sekä mahdollisimman tarkoituksenmukaisiksi. Helsingin kaupungin teettämässä kotihoidon tiimityön onnistumista mittavassa tutkimuksessa (Kerosuo ym. 2009) todettiin, että kotihoitotiimit ovat onnistuneet hyvin muuttuneessa toimintaympäristössä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyttyä.

Vaikka kotihoidon asiakaskunta on entistä vaativampaa, on kotihoitotiimeissä pystytty vastaamaan kustannustehokkaasti asiakkaan saumattoman palveluketjun aikaansaamiseen.

Apteekkien annosjakelu tuli osaksi tätä kotihoidon palveluketjua vuonna 2007. Tämän tutkimuksen perusteella tuli esiin, etteivät apteekkilaiset pääse keskustelemaan kotihoitotiimien kanssa riittävästi. Jatkotutkimuksella olisi mahdollisesti selvitettävissä, miksi säännöllisiä palaverieja ja yhteydenpitoa kotihoidon kanssa ei juuri ole. Apteekki on yksityinen palveluntuottaja osana julkista, kunnan tarjoamaa palveluketjua. Apteekit eivät välttämättä ole osanneet tuotteistaa palveluitaan. Yksityisen apteekin resurssit osaamisensa markkinoinnissa pääkaupunkiseudulla ovat rajalliset. Apteekit työskentelevät ”ruohonjuuritasolla” kotihoitotiimien kanssa. Kukin tiimi kuuluu tiettyyn lähialueeseen, jonka toiminnasta vastaa kotihoidonohjaaja. Lähialueet kuuluvat palvelualueisiin, joita kotihoitopäälliköt koordinoivat. Organisaation korkeimmalla tasolla asioidaan kotihoidon johtajan kanssa. Tällä tasolla keskustellaan jo koko kotihoito-osastoa koskevista asioista. Kaupunki on suuri, ”kasvoton” yhteistyökumppani yksityisen apteekin näkökulmasta.

Kotihoitotiimit ovat toimineet noin viisi vuotta. Apteekkien annosjakelutoiminta käynnistyi noin neljä vuotta sitten. Vaikka yhteistyön raja-aidat ovat ensimmäisten vuosien varrella madaltuneet, on yhteistyön toteutuksessa edelleen alueellisia vaihteluita. Yhteistyön toimintatavat ovat vielä epäyhtenäiset ja vakiintumattomat. Osa yhteistyön saumattomasta onnistumisesta kariutuu kotihoidossa henkilöstövajeeseen ja vaihtuvuuteen, sijaisten vaikeaan saatavuuteen (Kerosuo ym. 2009).

Tutkimusaineistossa vakavia, D-luokan interaktioita, esiintyi 6,2 prosentilla yli 75-vuotiaiden asiakkaiden ikäryhmässä. Interaktiohavainnoista konsultoitui hoitavaa lääkäriä. Digoksiini-verapamiili –yhdistelmä oli asiakkaan lääkityksessä kolme viikkoa, minkä jälkeen verapamiilin käyttö lopetettiin. Karbamatsepiini- risperidoni –kombinaatio purettiin asiakkaan lääkityksestä asteittain. Kyseisen asiakkaan risperidoni-lääkitys lopetettiin. D-luokan interaktioita jäi käyttöön 4,7 prosentille yli 75-vuotiaiden tutkimusryhmässä.

Viime vuonna julkaistussa ruotsalaistutkimuksessa vakavia, D-luokan interaktioita, esiintyi 30 prosentilla tutkimukseen osallistuneista ylitorniolaisista (n=97) (Hänninen ym. 2010), jotka olivat joko yli 80-vuotiaita tai yli 65-vuotiaita monisairaita. Kävi ilmi, että tutkimusryhmä käytti digoksiinia ja varfariinia keskimääräistä enemmän. Sekä digoksiini että varfariini olivat syynä useimpiin interaktiolöydöksiin. Ylitorniolaisten sairausdiagnooseihin syventymisen

jälkeen paljastui, että sydämen vajaatoimintaa ja eteisvärinää esiintyi alueella tavallista enemmän.

Edellisen esimerkin havainnollistamana ei pelkän interaktioiden esiintyvyyden perusteella voi tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä tämän tutkimuksen suuruisella potilasmäärällä. Erityiset sairaanhoidolliset syyt voivat vaikuttaa kullekin potilaalle parhaiten sopivan lääkityksen valinnassa. Taustavaikuttajana lääkitysvaihtelussa voi olla jopa paikallinen geeniperimä.

Helsingin kaupungin kotihoito-osaston lääkehoitosuunnitelman (2009) mukaan kotihoidon asiakkaan hoitava lääkäri on joko alueen kotihoidon lääkäri tai terveysaseman omalääkäri. Tämän tutkimuksen kyselyyn osallistuneiden vastauksista kävi yksiselitteisesti ilmi, että samaa potilasta saattoi hoitaa useampi lääkäri, mikä lisää interaktioiden esiintyvyyden mahdollisuutta. Mikäli asiakas käyttää sekä yksityisiä että julkisen terveydenhuollon lääkäreitä, tieto lääkemääräyksistä ei välttämättä välity lääkäriltä toiselle. Tutkimuksen perusteella voidaan olettaa, että kotihoidossa on iäkkäitä ja monisairaita asiakkaita, joiden lääkehoito edellyttää jatkuvaa moniammatillista seurantaa, arviointia ja asiantuntemusta kaikilta lääkehoitoon osallistuvilta tahoilta.

Tutkimuslupa tälle tutkimukselle haettiin Helsingin kaupungin tutkimustoiminnan koordinaatioryhmältä. Terveysasemien johtaja puolsi tutkimusluvan myöntämistä edellyttäen, ettei tutkimuksesta aiheudu kustannuksia terveyskeskukselle. Kyselytutkimukseen tutkimuslupa antoi vastaajille mahdollisuuden käyttää työaika. Alkuperäistä tutkimussuunnitelmaa piti muokata tutkimuslupaehdoista vastaavaksi. Haastattelututkimuksen tekemiseen ei ollut mahdollisuuksia. Kyselylomakkeet oli muokattava keskittyen tutkimussuunnitelman tärkeimpien tavoitteiden saavuttamiseksi. Suunniteltujen haastatteluiden jäätyä toteutumatta, tässä tutkimuksessa jäivät myös tavoitteeksi asetetut kotihoitotiimien kokemukset lääkejakele ja lääkehoitotoiminnan sujuvuudesta selvittämättä.

## KIRJALLISUUS

Apteekkariliitto, Toimenpideohjelma, Apteekit ikääntyvän väestön lääkehoidon tukena, 26.9.2009

Engeström Y, Niemelä A-L, Nummijoki J, Nyman J (toim.). Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: PS-kustannus, 2009

Fimea Iäkkäiden lääkityksen tietokanta

[http://www.fimea.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/16600\\_Iakkaiden\\_laaketietokanta\\_final.pdf](http://www.fimea.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/16600_Iakkaiden_laaketietokanta_final.pdf)

Hartikainen S, Lönnroos E (toim.). Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, 2008

Helsingin kaupunki 2007.

[http://www.hel.fi/static/public/hela/Terveyslautakunta/Suomi/Esitys/2007/Terke\\_2007-11-06\\_Tervlk\\_19\\_El/073060010/Yhdistetyn\\_kotihoidon\\_kokeilun\\_valiraportti\\_ja\\_esi.pdf](http://www.hel.fi/static/public/hela/Terveyslautakunta/Suomi/Esitys/2007/Terke_2007-11-06_Tervlk_19_El/073060010/Yhdistetyn_kotihoidon_kokeilun_valiraportti_ja_esi.pdf)

Hänninen L, Simu R, Paavola A-C. Läkemedelsgenomgångar i ordinärt boende i Övertorneå kommun –slutraport. Norrbottens läns landsting. 2010; 1-38

Isoherranen K, Rekola L, Nurminen R. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY, 2008

Jokinen T. Polyfarmasia-hankkeen toteutumisen loppuarviointi. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja 2008:7

Jokinen T. Polyfarmasia-hankkeen loppuraportti. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja 2008:9

Jokinen T, Vanakoski J, Skippari L, Iso-Aho Merja, Simoila Riitta. Iäkkäiden potilaiden kokonaislääkitystä on syytä arvioida säännöllisesti kotihoidossa. Lääkärilehti 2009;19:1772-1776.

Jokinen T, Skippari L, Vanakoski J. Polyfarmasia-hanke. Kotihoidon asiakkaiden lääkityksen selvitys. Osaraportti 1. Kotihoitettujen asiakkaat. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja 2007:6

Jokinen T, Skippari L, Vanakoski J. Polyfarmasia-hanke. Kotihoidon asiakkaiden lääkityksen selvitys. Osaraportti 2. Palvelutalojen asiakkaat. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja 2008:4

Jyrkkä J. Drug Use and Polypharmacy in Elderly Persons. Väitöskirja: Kuopion yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta 2011

Kerosuo H, Haavisto V, Heikkinen M. Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun loppuarviointi 30.3.2009

Kivelä S-L. Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveystieteiden selvityksiä 2006:30

Kivelä S-L, Räihä I. Iäkkäiden lääkehoito. Kapseli 35/2007. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos, Edita Prima Oy, 2007

Kivelä S-L. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Porvoo: WSOY, 2005

Kivelä S-L. Vanhusten lääkehoito. Helsinki: Tammi, 2004

Lahnajärvi L. Reseptien uusiminen. Miten pitkäaikaislääkitystä toteutetaan terveystieteissä? Väitöskirja: Kuopion yliopisto, Sosiaalifarmasian laitos, Farmaseuttinen tiedekunta 2006

Lahti A, Iso-Aho M, Sukuvaara R, Kuitunen M, Sillman M, Vanakoski J, Pirinen J. Kotihoito-osasto Lääkehoitosuunnitelma. Helsingin kaupunki, Terveystieteiden keskus 10.6.2009

Lehtoranta H, Luoma M-L, Muurinen S (toim.). Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Stakesin raportteja 19/2007

Luoma K, Rätty T, Moisio A, Parkkinen P, Vaarama M, Mäkinen E: Seniori-Suomi. Ikääntyvän väestön taloudelliset vaikutukset. Sitran raportteja 30. Helsinki: Edita Prima, 2003

Mauno T. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyminen. Kotihoidon työntekijöiden kokemuksia moniammatillisesta tiimistä. Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu 2007.

Niemelä A-L, Simoila R. Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun väliarviointi 1.1.2005-30.6.2007



Näkki T. Lääkelogistisen palvelumallin tuoma muutos hoitohenkilökunnan työajankäytössä Itä-Helsingin palvelutaloissa, opinnäytetyö, Stadia, Helsingin ammattikorkeakoulu, 2007

Peltonen H. Apteekit tekevät kansanterveystyötä. Apteekkien työtä kannattaa kehittää. Tesso 1/2010

Rintala T, Jämsä A, Soukainen J. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 214/2010, Vanhuspalvelut, Säännöllinen kotihoito. Helsinki: Edita Prima Oy 2010

Saikkonen M. Entistä huonokuntoisempia vanhuksia kotihoidossa Helsingissä. Helsingin Sanomat 21.5.2010

Saikkonen M, Tirkkonen J. Kotihoito paisuu Helsingissä. Helsingin Sanomat 22.11.2010, A11

Sarkkinen H, Torala T. Asiakkaiden kokemuksia kotihoidosta. Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu 2009

Seppänen M, Karisto A, Kröger T (toim.). Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Juva: PS-kustannus, 2007

Skippari L, Kankaanpää J, Jokinen T. Polyfarmasia-hanke. Kotihoidon asiakkaiden lääkityksen selvitys. Osaraportti 3. Kokemuksia lääkehoidon kokonaisarvioinnista. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja 2008:13

Sosiaali- ja terveysministeriö. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen – selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30

Sosiaali- ja terveysministeriö. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32

Sosiaali- ja terveysministeriö. Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet. Kuntainfo 6/2007

Svensk M. Stimuloiva symbioosi. Suomen Apteekkarilehti 2011:6; 18-25

Toivo T, Airaksinen M, Laine K, Kalsta K, Mikkola J. Ovatko vakavat lääkeinteraktiot yleisiä avohoidon potilailla? Lääkärilehti 2005:60;2600-4

Työministeriö, Työvoima 2025 raportti: Työpoliittinen tutkimus 325. Oy Edita Ab 2007

Valtionvarainministeriö, Peruspalvelujen tila –raportti 12. Helsinki: Edita Prima, 2010

Virolainen J. Lääkehoidon kokonaisarvioinnissa havaitut lääkitykseen liittyvät ongelmat. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto 2009

Viikilä J. Työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta Pyhäjärven hoitokodissa ja palvelukeskuksessa, Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2009

## LIITTEET

Liite 1. Kyselytutkimus apteekkilaisille

Liite 2. Kyselytutkimus kotihoidon lääkärille

Liite 3. Kyselytutkimus terveysaseman lääkärille

Liite 4. Kyselytutkimus kotihoitotiimeille

Liite 1.

## KYSELYTUTKIMUS APTEEEKKILAISILLE

*HYVÄ APTEEKIN ANNOSJAKELUSSA TOIMIVA*

**Suoritan apteekkifarmasian erikoistumisopintoja proviisoreille, PD, Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmeniassa. Kysely on osa opintoihini liittyvää projektityötä. Tutkimuksellani on Helsingin kaupungin Terveyskeskuksen tutkimuslupa (10-2953/054).**

**Apteekit ovat yhdessä muiden terveydenhuollon toimijoiden kanssa keskeisessä asemassa kotihoidon asiakkaan onnistuneen lääkehoidon toteuttajina. Tällä kyselyllä kartoitan apteekin roolia moniammatillisessa yhteistyössä kotihoidon asiakkaan lääkehoidon toteuttamisessa. Kartoitan kokemuksia lääkehoidon yhteistyöstä kahdeksalta kotihoitotiimiltä (Herttoniemen ja Laajasalon terveysasemien alueelta), kotihoidossa toimivalta lääkäriltä sekä terveysasemalla toimivalta lääkäriltä.**

**Toivoisin, että voisit käyttää noin 15 minuuttia kysymyksiin vastaamiseen. Kaikki kysymykset käsittelen nimettöminä ja luottamuksellisesti. Yksittäisen vastaajan tiedot eivät tule näkymään vastauksissa.**

**Vastauksesi voit postittaa Megahertsin apteekkiin oheisella postimerkillä varustetulla palautuskuorella. Toivon, että postitat vastauksesi viimeistään 11.2.2011.**

**Yhteistyöstäsi kiittäen**

**Taru Pietiläinen**

**Proviisori, Megahertsin apteekki**

**apt0940@apteekit.net**

**puh.09-774 6300**

# TAUSTATIEDOT

Vastaa lyhyesti alla oleviin kysymyksiin.

1. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä toimessasi?

2. Kuinka kauan olet ollut mukana apteekkinne annosjakelussa?

3. Miltä alueelta annosjakelun piirissä olevat asiakkaat ovat?

4. Kuinka monta asiakasta annosjakelun piirissä on?

5. Ympyröi oikea vaihtoehto

Annosjakeluasiakkaidemme lääkkeet ovat

a) koneellisesti jaellut

b) käsinjaellut, dosetteihin

6. Kerro koulutustaustasi?

7. Ympyröi oikea vaihtoehto (tarvittaessa useampi vaihtoehto)

Asiakkaani lääkityksen on hoitanut a) kotihoidon lääkäri

b) terveysaseman lääkäri

c) yksityinen lääkäri

## KYSELYTUTKIMUS APTEEKKILAISILLE

1=täysin eri mieltä

3=en osaa sanoa

4=jokseenkin samaa mieltä

2=jokseenkin eri mieltä

5= täysin samaa mieltä

Arviointikohde	1	2	3	4	5
<b>Yhteistyö</b>					
1.Yhteistyötä kotihoidon kanssa on tarpeeksi.					
2.Yhteistyötä hoitavan lääkärin kanssa on tarpeeksi.					
3.Yhteistyötä omaisten kanssa on tarpeeksi.					
4.Saan lääkäriltä apua lääkityksen ongelmatilanteisiin.					
5.Saan kotihoidolta apua lääkityksen ongelmatilanteisiin.					
6.Lääkäri tuntee potilaansa.					
7.Lääkehoidon yhteistyötä kotihoidon kanssa pitäisi olla enemmän.					
8.Kotihoidon asioissa lääkäri tapaa apteekkilaisia säännöllisesti.					
9.Kotihoito on tärkeä yhteistyökumppani apteekille.					
<b>Osaaminen</b>					
10.ProVersan interaktio-ohjelmaa on helppo käyttää.					
11.Interaktioiden havaitseminen lääkityksessä on helppoa.					
12.Apteekki informoi interaktiohavainnoista kotihoitoa.					
13.Ymmärrän asiakkaani lääkitysongelmat.					
14.Kotihoito on lääkeasioissa luotettava yhteistyökumppani.					
15.Lääkehoidon kokonaisarviointi tehdään säännöllisesti kotihoidon asiakkaille.					
16.Apteekki tekee virheitä lääkejakelussa.					
<b>Tiedonkulku</b>					
17.Hoitavan lääkärin tavoittaminen on helppoa.					
18.Kotihoidossa asiakkaan lääkitystiedot ovat ajantasalla.					
19.Apteekissa asiakkaan lääkitystiedot ovat ajantasalla.					
20.Lääkärillä asiakkaan lääkitystiedot ovat ajantasalla.					
21.Lääkitystiedot ovat ajantasalla asiakkaan lääkekortissa.					
22.Kotihoidon tekemät lääketilaukset ovat selkeitä.					
23.Apteekki informoi lääkevaihdoista (vaihto edullisempaan) kotihoitoa.					
<b>Sitoutuminen</b>					
24.Vastuuhoitaja hoitaa asiakkaan kaikki lääkeasiat.					
25.Sama lääkäri hoitaa asiakkaan koko lääkityksen.					
26.Sama apteekki hoitaa asiakkaan kaikki lääketilaukset.					
27.Apteekki toteuttaa lääkehoidon asiantuntevasti.					

Liite 2.

## KYSELYTUTKIMUS KOTIHOIDON LÄÄKÄRILLE

*HYVÄ KOTIHOIDON LÄÄKÄRINÄ TOIMIVA*

**Suoritan apteekkifarmasian erikoistumisopintoja proviisoreille, PD, Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmeniassa. Kysely on osa opintoihini liittyvää projektityötä. Tutkimuksellani on Helsingin kaupungin Terveyskeskuksen tutkimuslupa (10-2953/054).**

**Apteekit ovat yhdessä muiden terveydenhuollon toimijoiden kanssa keskeisessä asemassa kotihoidon asiakkaan onnistuneen lääkehoidon toteuttajina. Tällä kyselyllä kartoitan apteekin roolia moniammatillisessa yhteistyössä kotihoidon asiakkaan lääkehoidon toteuttamisessa. Kartoitan kokemuksia lääkehoidon yhteistyöstä kahdeksalta kotihoitotiimiltä (Herttoniemen ja Laajasalon terveysasemien alueelta), kotihoidossa toimivalta lääkäriltä sekä terveysasemalla toimivalta lääkäriltä.**

**Toivoisin, että voisit käyttää noin 15 minuuttia kysymyksiin vastaamiseen. Kaikki kysymykset käsittelen nimettöminä ja luottamuksellisesti. Yksittäisen vastaajan tiedot eivät tule näkymään vastauksissa. Kyselyyn saa vastata työajalla.**

**Vastauksesi voit postittaa Megahertsin apteekkiin oheisella postimerkillä varustetulla kirjekuorella. Halutessasi voit laittaa vastauksesi myös seuraavaan apteekkikuljetukseen. Toivon, että palautat vastauksesi viimeistään 11.2.2011.**

**Yhteistyöstäsi kiittäen**

**Taru Pietiläinen**

**Proviisori, Megahertsin apteekki**

**apt0940@apteekit.net**

**puh.09-774 6300**

## TAUSTATIEDOT

Vastaa lyhyesti alla oleviin kysymyksiin.

1. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä toimessasi?
2. Kuinka kauan olet toiminut kotihoidon lääkärinä?
3. Miltä alueelta kotihoidon piirissä olevat asiakkaat ovat?
4. Kuinka monen kotihoidon asiakkaan lääkehoidosta vastaat?
5. Kerro koulutustaustasi?
6. Onko sinulla geriatrista erikoisosaamista?

# KYSELYTUTKIMUS KOTIHOIDON LÄÄKÄRILLE

1=täysin eri mieltä    2=jokseenkin eri mieltä    3=en osaa sanoa

4=jokseenkin samaa mieltä  
5= täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
<b>Yhteistyö</b>					
1.Yhteistyötä kotihoidon kanssa on tarpeeksi.					
2.Yhteistyötä apteekkien kanssa on tarpeeksi.					
3.Yhteistyötä omaisten kanssa on tarpeeksi.					
4.Saan apteekilta apua lääkityksen ongelmatilanteisiin.					
5.Saan kotihoidolta apua lääkityksen ongelmatilanteisiin.					
6.Lääkärinä tunnen potilaani.					
7.Yhteistyötä kotihoidon ja apteekin kanssa on tarpeeksi.					
8.Kotihoidon asioissa tapaan apteekkilaisia säännöllisesti.					
9.Kotihoito on tärkeä yhteistyökumppani lääkärille.					
<b>Osaaminen</b>					
10.Lääkitystietojen ylläpitäminen Pegasos-ohjelmalla on helppoa.					
11.Interaktioiden havaitseminen lääkityksessä on helppoa.					
12.Apteekki informoi interaktiohavainnoista lääkäriä.					
13.Ymmärrän asiakkaani lääkitysongelmat.					
14.Apteekki on lääkeasioissa luotettava yhteistyökumppani.					
15.Lääkehoidon kokonaisarviointi tehdään säännöllisesti kotihoidon asiakkaille.					
16.Kotihoito tekee virheitä lääkejakelussa.					
17.Apteekki tekee virheitä lääkejakelussa.					
<b>Tiedonkulku</b>					
18.Kotihoidon asiakkaan vastuuhoitajan tavoittaminen on helppoa.					
19.Kotihoidossa asiakkaan lääkitystiedot ovat ajantasalla.					
20.Apteekissa asiakkaan lääkitystiedot ovat ajantasalla.					
21.Lääkärillä asiakkaan lääkitystiedot ovat ajantasalla.					
22.Pegasoksessa lääkitystiedot ovat ajantasalla.					
23.Kotihoito informoi asiakkaan terveydentilan muutoksista.					
24.Apteekin reseptinuusintatoiveet ovat selkeitä.					
<b>Sitoutuminen</b>					
25.Vastuuhoitaja hoitaa asiakkaan kaikki lääkeasiat.					
26.Sama lääkäri hoitaa asiakkaan koko lääkityksen.					
27.Sama apteekki hoitaa asiakkaan kaikki lääketilaukset.					
28.Lääkäri on vastuussa moniammatillisen tiimin työstä lääkityksen osalta.					
29.Apteekki toteuttaa lääkehoidon asiantuntevasti.					



Liite 3.

## KYSELYTUTKIMUS TERVEYSASEMAN LÄÄKÄRILLE

*HYVÄ TERVEYSASEMAN LÄÄKÄRINÄ TOIMIVA*

**Suoritan apteekkifarmasian erikoistumisopintoja proviisoreille, PD, Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmeniassa. Kysely on osa opintoihini liittyvää projektityötä. Tutkimuksellani on Helsingin kaupungin Terveyskeskuksen tutkimuslupa (10-2953/054).**

**Apteekit ovat yhdessä muiden terveydenhuollon toimijoiden kanssa keskeisessä asemassa kotihoidon asiakkaan onnistuneen lääkehoidon toteuttajina. Tällä kyselyllä kartoitan apteekin roolia moniammatillisessa yhteistyössä kotihoidon asiakkaan lääkehoidon toteuttamisessa. Kartoitan kokemuksia lääkehoidon yhteistyöstä kahdeksalta kotihoitotiimiltä (Herttoniemen ja Laajasalon terveystasemien alueelta), kotihoidossa toimivalta lääkäriltä sekä terveystasemalla toimivalta lääkäriltä.**

**Toivoisin, että voisit käyttää noin 15 minuuttia kysymyksiin vastaamiseen. Kaikki kysymykset käsittelem nimettöminä ja luottamuksellisesti. Yksittäisen vastaajan tiedot eivät tule näkymään vastauksissa. Kyselyyn saa vastata työajalla.**

**Vastauksesi voit postittaa Megahertsin apteekkiin oheisella postimerkillä varustetulla palautuskuorella. Halutessasi voit laittaa vastauksesi myös seuraavan apteekkiin tulevan lääkekuljetuksen mukaan. Toivon, että palautat vastauksesi viimeistään 11.2.2011.**

**Yhteistyöstäsi kiittäen**

**Taru Pietiläinen**

**Proviisori, Megahertsin apteekki**

**apt0940@apteekit.net**

**puh.09-774 6300**

## TAUSTATIEDOT

Vastaa lyhyesti alla oleviin kysymyksiin.

1. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä toimessasi?
2. Kuinka kauan olet toiminut kotihoidon lääkärinä?
3. Miltä alueelta kotihoidon piirissä olevat asiakkaat ovat?
4. Kuinka monen kotihoidon asiakkaan lääkehoidosta vastaat?
5. Kerro koulutustaustasi?
6. Onko sinulla geriatrista erikoisosaamista?

# KYSELYTUTKIMUS TERVEYSASEMAN LÄÄKÄRILLE

1=täysin eri mieltä 2=jokseenkin eri mieltä 3=en osaa sanoa

4=jokseenkin samaa mieltä  
5=täysin samaa mieltä

Arviointikohde	1	2	3	4	5
<b>Yhteistyö</b>					
1.Yhteistyötä kotihoidon kanssa on tarpeeksi.					
2.Yhteistyötä apteekkien kanssa on tarpeeksi.					
3.Yhteistyötä omaisten kanssa on tarpeeksi.					
4.Saan apteekista apua lääkityksen ongelmatilanteisiin.					
5.Saan kotihoidolta apua lääkityksen ongelmatilanteisiin.					
6.Lääkärinä tunnen potilaani.					
7.Yhteistyötä kotihoidon ja apteekin kanssa on tarpeeksi.					
8.Kotihoidon asioissa tapaan apteekkilaisia säännöllisesti.					
9.Kotihoito on tärkeä yhteistyökumppani lääkärille.					
<b>Osaaminen</b>					
10.Lääkitystietojen ylläpitäminen Pegasos-ohjelmalla on helppoa.					
11.Interaktioiden havaitseminen lääkityksessä on helppoa.					
12.Apteekki informoi interaktiohavainnoista lääkäriä.					
13.Ymmärrän asiakkaani lääkitysongelmat.					
14.Apteekki on lääkeasioissa luotettava yhteistyökumppani.					
15.Lääkehoidon kokonaisarviointi tehdään säännöllisesti kotihoidon asiakkaille.					
16.Kotihoito tekee virheitä lääkejakelussa.					
17.Apteekki tekee virheitä lääkejakelussa.					
<b>Tiedonkulku</b>					
18.Kotihoidon asiakkaan vastuuhoitajan tavoittaminen on helppoa.					
19.Kotihoidossa asiakkaan lääkitystiedot ovat ajantasalla.					
20.Apteekissa asiakkaan lääkitystiedot ovat ajantasalla.					
21.Lääkärillä asiakkaan lääkitystiedot ovat ajantasalla.					
22.Pegasoksessa lääkitystiedot ovat ajantasalla.					
23.Kotihoito informoi asiakkaan terveydentilan muutoksista.					
24.Apteekin reseptinuusintatoiveet ovat selkeitä.					
<b>Sitoutuminen</b>					
25.Vastuuhoitaja hoitaa asiakkaan kaikki lääkeasiat.					
26.Sama lääkäri hoitaa asiakkaan koko lääkityksen.					
27.Sama apteekki hoitaa asiakkaan kaikki lääketilaukset.					
28.Lääkäri on vastuussa moniammatillisen tiimin työstä lääkityksen osalta.					
29.Apteekki toteuttaa lääkehoidon asiantuntevasti.					

Liite 4.

## KYSELYTUTKIMUS KOTIHOITOTIIMEILLE

*HYVÄ KOTIHOITOTIIMIN JÄSEN*

**Suoritan apteekkifarmasian erikoistumisopintoja proviisoreille, PD, Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmeniassa. Kysely on osa opintoihini liittyvää projektityötä. Tutkimuksellani on Helsingin kaupungin Terveyskeskuksen tutkimuslupa (10-2953/054).**

**Apteekit ovat yhdessä muiden terveydenhuollon toimijoiden kanssa keskeisessä asemassa kotihoidon asiakkaan onnistuneen lääkehoidon toteuttajina. Tällä kyselyllä kartoitan apteekin roolia moniammatillisessa yhteistyössä kotihoidon asiakkaan lääkehoidon toteuttamisessa. Kartoitan kokemuksia lääkehoidon yhteistyöstä kahdeksalta kotihoitotiimiltä (Herttoniemen ja Laajasalon terveysasemien alueelta), kotihoidossa toimivalta lääkäriltä sekä terveysasemalla toimivalta lääkäriltä.**

**Toivoisin, että voisit käyttää noin 15 minuuttia kysymyksiin vastaamiseen. Kaikki kysymykset käsittelen nimettöminä ja luottamuksellisesti. Yksittäisen vastaajan tiedot eivät tule näkymään vastauksissa. Kyselyyn saa vastata työajalla.**

**Vastauksesi voit laittaa seuraavaan Megahertsin apteekkiin tulevan lääkekuljetuksen mukaan. Toivon, että palautat vastauksesi viimeistään 8.2.2011.**

**Yhteistyöstäsi kiittäen**

**Taru Pietiläinen**

**Proviisori, Megahertsin apteekki**

**apt0940@apteekit.net**

**puh.09-774 6300**

## TAUSTATIEDOT

Vastaa lyhyesti alla oleviin kysymyksiin.

1. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä toimessasi?
2. Missä tiimissä työskentelet?
3. Kuinka monta asiakasta tiimiisi kuuluu?
4. Ovatko kaikki asiakkaasi apteekin annosjakelun piirissä?
5. Mistä apteekista asiakkaittesi lääkkeet toimitetaan?
6. Kerro koulutustaustasi?
7. Ympyröi oikea vaihtoehto (tarvittaessa useampi vaihtoehto)  
Asiakkaani lääkityksen on hoitanut a) kotihoidon lääkäri  
b) terveysaseman lääkäri  
c) yksityinen lääkäri

## KYSELYTUTKIMUS KOTIHOITOTIIMEILLE

1=täysin eri mieltä

3=en osaa sanoa

4=jokseenkin samaa mieltä

2=jokseenkin eri mieltä

5= täysin samaa mieltä

Arviointikohde	1	2	3	4	5
<b>Yhteistyö</b>					
1.Yhteistyötä apteekin kanssa on tarpeeksi.					
2.Yhteistyötä hoitavan lääkärin kanssa on tarpeeksi.					
3.Yhteistyötä omaisten kanssa on tarpeeksi.					
4.Saan lääkäriltä apua lääkityksen ongelmatilanteisiin.					
5.Saan apteekilta apua lääkityksen ongelmatilanteisiin.					
6.Lääkäri tuntee potilaansa.					
7.Lääkehoidon yhteistyötä apteekin kanssa pitäisi olla enemmän.					
8.Lääkäri ja kotihoito tapaavat säännöllisesti.					
9.Apteekki on tärkeä yhteistyökumppani kotihoidolle.					
<b>Osaaminen</b>					
10.Lääkitystietojen ylläpitäminen Pegasos-ohjelmalla on helppoa.					
11.Interaktioiden havaitseminen lääkityksessä on helppoa.					
12.Apteekki informoi interaktiohavainnoista kotihoitoon.					
13.Ymmärrän asiakkaani lääkitysongelmat.					
14.Apteekki on lääkeasioissa luotettava yhteistyökumppani.					
15.Lääkehoidon kokonaisarviointi tehdään säännöllisesti kotihoidon asiakkaille.					
16.Apteekki tekee virheitä lääkejakelussa.					
<b>Tiedonkulku</b>					
17.Hoitavan lääkärin tavoittaminen on helppoa.					
18.Asiakkaan lääkitystiedot ovat kotihoidossa ajantasalla.					
19.Apteekissa asiakkaan lääkitystiedot ovat ajantasalla.					
20.Lääkärillä asiakkaan lääkitystiedot ovat ajantasalla.					
21.Pegasoksessa lääkitystiedot ovat ajantasalla.					
22.Tilausten tekeminen apteekkiin on helppoa.					
23.Apteekki informoi lääkevaihdoista (vaihto edullisempaan).					
<b>Sitoutuminen</b>					
24.Vastuuhoitaja hoitaa asiakkaan kaikki lääkeasiat.					
25.Sama lääkäri hoitaa asiakkaan koko lääkityksen.					
26.Sama apteekki hoitaa asiakkaan kaikki lääketilaukset.					
27.Apteekki toteuttaa lääkehoidon asiantuntevasti.					

